

Department für Pflegewissenschaft

Die ambulante Wochenbettbetreuung

Eine qualitative Studie zum Professionellen Handeln von Hebammen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Grades eines Doctor rerum medicinalium

der Universität Witten/Herdecke

Fakultät für Gesundheit

vorgelegt von Susanne Simon

aus Berlin

2017

Dekan: Prof. Dr. Stefan Wirth
Mentorin: Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Jessica-Pehlke-Milde
Tag der Disputation: 02.05.2018

Zusammenfassung

Die aufsuchende Versorgung in der Zeit nach der Geburt eines Kindes ist eine wichtige gesundheitliche Dienstleistung in einer Übergangsphase im Leben von jungen Familien. Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht das professionelle Handeln der in der ambulanten Wochenbettbetreuung tätigen Hebammen. Aus der Perspektive der Hebammen konnten Handlungsansätze und Entscheidungsmaxime vor dem Hintergrund veränderter Anforderungen in der Berufspraxis dargestellt werden. Ziel der vorliegenden Studie war es, einen theoretischen Beitrag für die professionelle Gestaltung der Wochenbettbetreuung zu geben und die Bedeutung dieses komplexen Handlungsfeldes herauszustellen.

Datengrundlage dieser qualitativen Studie sind offene Leitfadeninterviews mit 28 Hebammen, die über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung verfügten und in unterschiedlichen Betreuungssettings sowie zu unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen arbeiteten. Die Datenerhebung erfolgte in zwei Erhebungsrunden von April 2013 bis Januar 2015. Die Daten wurden inhaltsanalytisch und rekonstruktiv hermeneutisch analysiert.

Es zeigt sich ein Zusammenspiel von handlungsleitenden Sichtweisen, Handlungsgrundlagen und professionellen Handlungsdeterminanten. Neben konkreten Betreuungskonzepten konnten mit den vorliegenden Ergebnissen verschiedene Handlungsdeterminanten, wie die gesundheitliche Versorgung von Mutter und Kind, die Beziehungsgestaltung zwischen Frau und Hebamme, der Einbezug familialer Unterstützungsleistungen und verschiedene strukturelle Handlungsdeterminanten analysiert werden. Grundelemente der Hebammenarbeit sind die Begleitung und Beobachtung physiologischer mütterlicher Umstellungs- sowie kindlicher Entwicklungsprozesse, aus denen sich sowohl diagnostische, pflegerisch-therapeutische, praktisch-anleitende und beratende Handlungsformen als auch Handlungsformen mit psychosozialer Ausrichtung ableiten. Die Ergebnisse verweisen auf ein heterogenes Praxisfeld, welches einer breiten Expertise der Hebammen bedarf. Die professionelle Gestaltung Hebammenkundlicher Handlungsprozesse sollte im Sinne einer Praxis erfolgen, die Wissen, Können und Reflexion bewusst verbindet und die Autonomie der Lebenspraxis der Frauen und Familien respektiert. Ein genau definierter Versorgungsauftrag sowie evidenzbasierte Leitlinien und Expertenstandards könnten die Hebammen unterstützen, ihre Ressourcen entsprechend einer bestmöglichen postnatalen Versorgung von Frauen und ihren Familien zu nutzen.

Schlüsselbegriffe: ambulante Wochenbettbetreuung, Hebammen, Sichtweisen, professionelles Handeln

Summary

Postnatal home visits following the birth of a child is an important health service in a period of transition for young families. This present study focuses on the professional care provided by midwives working in home-based postnatal care, presenting the approaches and decision guidelines from the midwives' perspective and in front of the background of the change in professional conditions. The objective of this current study was to provide a theoretical contribution towards organizing postnatal care in a professional manner as well as to emphasize the importance of this complex field.

This qualitative study was based on the data collected from open guided interviews with 28 midwives who had at least two years professional experience working in different care settings and under different structural conditions. The data were collected during two rounds of interviews between April 2013 and January 2015, and followed by both reconstructive hermeneutic and content analysis.

Interaction was identified between guiding perceptions, bases for action and professional care determinants. Apart from specific care concepts, the findings allowed the analysis of various care determinants, such as the healthcare of both mother and child, the formation of the midwife-woman relationship, the inclusion of familial support and various structural care determinants. Basic elements of midwifery care are the support and observation of the mother's physiological change processes and the child's development, from which it is possible to derive forms of action regarding diagnostic and midwifery-related therapeutic care, practically oriented guidance, psychosocial support and consultative practices. The results show a heterogeneous field of postnatal care requiring a midwife's broad expertise. Midwifery duties should be formed in the sense of a practice that consciously combines knowledge, ability and reflection and that respects the lifestyle autonomy of the women and their families. An exactly defined healthcare assignment and evidence-based guidelines and expert standards could help support the midwives in utilizing their resources to enable optimum postnatal care for women and their families.

Keywords: home-based postnatal care, midwives, perspectives, professional practice

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	VIII
Abkürzungen.....	IX
1 Einleitung.....	1
2 Relevante Literatur.....	5
2.1 Hebammenarbeit aus professionstheoretischer Perspektive	5
2.2 Wochenbettbetreuung im deutschen Versorgungskontext	9
2.2.1 Wochenbett: Definition und Zeitraum	10
2.2.2 Entwicklung der Wochenbettbetreuung.....	12
2.2.3 Rechtliche Rahmenbedingungen der Hebammenarbeit.....	17
2.2.4 Erweiterte Anforderungen an die Wochenbettbetreuung	19
2.2.5 Versorgungsbedarf und Inanspruchnahme	25
2.2.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung.....	28
2.3 Gesundheits- und Versorgungsparameter der Wochenbettbetreuung	29
2.3.1 Frequenz und Länge der Hausbesuche	30
2.3.2 Wirksamkeit der häuslichen Wochenbettbetreuung	32
2.3.3 Gesundheit von Frauen nach der Geburt	36
2.3.4 Gesundheit von Kindern	38
2.3.5 Wochenbettbetreuung aus Nutzerinnenperspektive.....	40
2.3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung.....	42
2.4 Wochenbettbetreuung aus Hebammenperspektive.....	43
2.4.1 Handlungsfelder und Kompetenzen.....	43
2.4.2 Zentrale Merkmale und Bedingungen	46
2.4.3 Strategien und Handlungsansätze	47
2.4.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung.....	51
3 Methodologie und Forschungsprozess	53
3.1 Problemstellung und Forschungsfragen	53
3.2 Methodologie	55
3.3 Forschungsprozess	57
3.3.1 Theoretische Sensibilisierung und subjektive Reflexivität.....	58
3.3.2 Zugang zum Feld und Sampling	60
3.3.3 Zusammensetzung des Samples.....	61
3.3.4 Offene Leitfadeninterviews	65
3.3.5 Datenerhebung und -aufbereitung.....	68
3.3.6 Datenanalyse	72
3.3.7 Gütekriterien	80
3.4 Forschungsethische Überlegungen	82

4 Ergebnisse.....	85
4.1 Handlungsleitende Sichtweisen	86
4.1.1 Professionelle Verortung der Wochenbettbetreuung	86
4.1.2 Bedeutung des Wochenbetts in der Lebensphase	93
4.1.3 Heterogenität der Wöchnerinnen	94
4.1.4 Fazit.....	98
4.2 Hebammenkundliches Wissen als Handlungsgrundlage	99
4.2.1 Fachliches Wissen.....	99
4.2.2 Erfahrungsgeleitetes Wissen	102
4.2.3 Intuitives Handlungswissen	105
4.2.4 Fazit.....	108
4.3 Hebammenkundliches Handeln im Betreuungsverlauf	108
4.3.1 Betreuungsziele.....	108
4.3.2 Hebammenkundliches Handeln	110
4.3.3 Gestaltung von Wochenbettbesuchen und Betreuungssituationen	117
4.3.4 Handeln in Situationen mit spezifischem Versorgungsbedarf.....	121
4.3.5 Wandel des Beratungsbedarfs.....	125
4.3.6 Fazit.....	126
4.4 Unterstützung der Gesundheit von Mutter und Kind	127
4.4.1 Mütterliche postpartale Gesundheit	128
4.4.2 Handlungsansätze zur Unterstützung der mütterlichen Gesundheit	137
4.4.3 Gesundheit der Kinder	145
4.4.4 Handlungsansätze zur Unterstützung der kindlichen Gesundheit	147
4.4.5 Fazit.....	150
4.5 Kontextuelle Handlungs determinanten	151
4.5.1 Professionelle Beziehungsgestaltung.....	151
4.5.2 Familienbildung begleiten	156
4.5.3 Fazit.....	163
4.6 Strukturelle Handlungs determinanten	164
4.6.1 Planung, Organisation und Dokumentation von Betreuungsprozessen	164
4.6.2 Zusammenarbeit und Vernetzung	172
4.6.3 Umgang mit strukturellen Herausforderungen	186
4.6.4 Fazit.....	190
4.7 Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse.....	191
5 Diskussion	195
5.1 Professionalität: Berufliches Handeln der Hebammen.....	195
5.2 Zentrales Betreuungskonzept: Stabilisation gesunder Prozesse	200
5.3 Handlungsansätze und Betreuungsmodelle	204
5.4 Veränderter Beratungs- und Unterstützungsbedarf im Wochenbett.....	207
5.5 Strukturelle Herausforderungen im Betreuungskontext	210
5.6 Grenzen der Studie und Ausblick für weitere Forschung.....	213

6 Implikationen für die Praxis	218
6.1 Postpartale Versorgungsgestaltung und Hebammenpraxis.....	218
6.2 Empfehlungen für die Aus- und Weiterbildung von Hebammen	221
6.3 Schlusswort.....	224
Literaturverzeichnis	227
Eidesstattliche Erklärung	249
Danksagung.....	250

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung des Leistungsangebotes der Hebammen	64
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesamtüberblick Sample	63
Tabelle 2: Leitfadengliederung nach Frageformen	68
Tabelle 3: Transkriptionsregeln	72
Tabelle 4: Thematische Hauptkategorien	77
Tabelle 5: Dimensionen einer Kategorie	79
Tabelle 6: Hebammenkundliche Handlungsformen und Beispiele	110
Tabelle 7: Beratungsthemen und Beispiele	114
Tabelle 8: Postpartale mütterliche Gesundheit aus Hebammenperspektive	128
Tabelle 9: Gesundheitliche Probleme im Wochenbett	131
Tabelle 10: Gesundheitliche Probleme der Kinder aus Hebammenperspektive	146
Tabelle 11: Parameter der Betreuungsplanung	165

Abkürzungen

BMFSFJ.....	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DHV	Deutscher Hebammenverband
EPDS	Edinburgh Postpartum Depression Scale
EU.....	Europäische Union
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HebAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
HebG.....	Hebammengesetz
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IsQua.....	Forschungsschwerpunkt <i>Versorgung während der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett – Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung</i>
KI.....	Konfidenzintervall
MCS.....	Mental Health Component Summary Score
NICE.....	National Institute for Health and Care Excellence
NMC	Nursing and Midwifery Council
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OR.....	Odds Ratio
QM.....	Qualitätsmanagement
PCS	Physical Health Component Summary Score
RKI	Robert Koch Institut
SF-36	Medical Outcome Study 36-item Short Form
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO.....	World Health Organization

Auf der Basis des Leitfadens zur sprachlichen Gleichbehandlung der Geschlechter der Universität Zürich (2006) werden in der vorliegenden Arbeit verschiedene Möglichkeiten zur Umsetzung eines geschlechtergerechten Sprachgebrauchs verwendet. Um die Lesbarkeit zu gewährleisten, wurden neben Paarformen (z. B. Forscherinnen und Forscher) wenn möglich geschlechtsneutrale Ausdrücke genutzt. Die jeweils weibliche oder männliche Sprachform wurde verwendet, wenn es sich bei den aufgeführten Personen ausschließlich um Frauen oder Männer handelt. Für die Bezeichnung der Berufsgruppe wird der weibliche Begriff Hebamme genutzt. Die männliche Berufsbezeichnung Entbindungspfleger ist darin eingeschlossen.

1 Einleitung

Das Wochenbett dient der körperlichen und psychischen Erholung von der Schwangerschaft und der Geburt sowie einer Neuorientierung der Familie. Obwohl die meisten Frauen eine unkomplizierte Wochenbettzeit erleben, ist eine bedürfnisgerechte Betreuung von Mutter und Kind nach der Geburt wichtig, um Abweichungen von der zu erwartenden Erholung während dieses Zeitraums zu erkennen (National Institute for Health and Care Excellence, 2006).

Der Zustand der Frau nach der Geburt eines Kindes wird primär als physiologischer Prozess betrachtet (Sayn-Wittgenstein, 2007, S. 184). Zahlreiche Studien belegen jedoch, dass die Lebenssituation vieler Frauen im ersten Jahr nach der Geburt eines Kindes mit gesundheitlichen Einschränkungen verbunden ist (Bauer, 2011; Brown & Lumley, 1998; MacArthur et al., 2002; 2003; Schäfers, 2011b; Schytt, Lindmark & Waldenström, 2005; Webb et al., 2008). Die am häufigsten auftretenden gesundheitlichen Probleme sind Kopf- und Rückenschmerzen sowie extreme Erschöpfungszustände (Bauer, 2011; Schäfers, 2011b; Schytt et al., 2005). Auch bei nach dem Wochenbett anhaltenden gesundheitlichen Problemen nehmen die meisten Frauen keine medizinische Versorgung in Anspruch, obwohl sie das Gefühl haben, medizinischen Rat und Hilfestellung zu benötigen (Brown & Lumley, 1998; Schytt et al., 2005). Internationale empirische Befunde zur Gesundheit von Kindern belegen ebenfalls einen Versorgungsbedarf nach der Geburt. Beispielsweise wird eine Entlassung des Neugeborenen vor dem zweiten oder dritten Lebenstag ohne entsprechende ambulante Anschlussversorgung mit einer erhöhten kindlichen Morbidität assoziiert (Boubred, Herlenius, Andres, Des Robert & Marchini, 2016; Ellberg et al., 2008; Hall, Simon & Smith, 2000; Liu et al., 2000).

Die Betreuung in der Zeit nach der Geburt eines Kindes ist eine zentrale gesundheitliche Dienstleistung von Hebammen in der Übergangs- und Umbruchphase von jungen Familien. Neben den beschriebenen gesundheitlichen Aspekten bringt die Geburt eines Kindes umfassende Veränderungen und eine weitreichende Umstellung der Lebenssituation mit sich (Fthenakis, Kalicki & Peitz, 2002). Besonders beim ersten Kind mangelt es vielen Frauen und Paaren an Informationen und Erfahrungen zum Leben mit einem Kind. Frauen wünschen sich eine aufmerksame, proaktive sowie professionelle Unterstützung und erwarten von den Hebammen einen umfassenden Blick auf die Besonderheiten dieser Übergangsphase (Seefat-van Teeffelen, Nieuwenhuijze & Korstjens, 2011).

Durch die in den letzten 20 Jahren zunehmende Verkürzung der durchschnittlichen klinischen Verweildauer der Wöchnerinnen von 5,8 auf 3,1 Tage (OECD, 2016) findet die nachgeburtliche Versorgung von Mutter und Kind heute überwiegend im ambulanten Sektor statt. Aufgrund der frühen Entlassung in einer für Mutter und Kind vulnerablen Phase ist eine möglichst lückenlose Anschlussbetreuung durch freiberuflich tätige Hebammen angezeigt. Die Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization, WHO) beurteilt das Wochenbett im Vergleich zu anderen geburtsassoziierten Versorgungszeiträumen als die am stärksten vernachlässigte Betreuungsphase (WHO, 2013). In Großbritannien wird die Wochenbettbetreuung im Vergleich zur Versorgung während der Schwangerschaft und Geburt häufig als „Cinderella-Service“ bezeichnet (Bick & Bastos, 2012). Ein Versorgungsmangel in dieser Zeit kann jedoch den Gesundheitszustand von Mutter und Kind beeinträchtigen (WHO, 2013).

In Deutschland ist die Wochenbettbetreuung eine den Hebammen vorbehaltene Tätigkeit. Sie betreuen Frauen und ihre Kinder bis zu 12 Wochen nach der Geburt und bei Bedarf darüber hinaus. Im Falle eines physiologisch verlaufenden Wochenbettes und einer normalen Entwicklung des neugeborenen Kindes sind sie eigenverantwortlich sowohl für die Mutter als auch für das Kind tätig. Für eine kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung ist eine aktive Weiterentwicklung der Kenntnisse und des Kompetenzbereichs der Hebammen notwendig. Im Zuge des aktuellen Entwicklungsprozesses im Hebammenwesen werden neue Ansprüche an die Professionalität des Handelns von Hebammen gestellt. Das gestiegene Anforderungsprofil verlangt ein selbstständiges, wissenschaftlich begründetes, reflektiertes Handeln der Hebammen (Bauer, 2015; Sayn-Wittgenstein, 2007; Zoege, 2004).

Trotz umfangreicher internationaler Studien zur Hebammenarbeit existieren nur wenige Studien zur Wochenbettbetreuung. In Deutschland und anderen Ländern lag der Fokus wissenschaftlicher Analysen zum Hebammenhandeln bislang stärker auf anderen Versorgungsbereichen. Wissenschaftliche Untersuchungen zur Praxis der Wochenbettbetreuung sind deutlich unterrepräsentiert. Insbesondere der Beitrag, den Hebammen in diesem Kontext leisten sowie dessen Effektivität, wurde bislang kaum analysiert. So bleibt unklar, wie Hebammen ihren Versorgungsauftrag gestalten und den komplexen Anforderungen begegnen. Es fehlen Forschungsergebnisse, die die gesundheitliche Versorgung von Frauen und Kindern im ambulanten Wochenbett aus der Perspektive von Hebammen beschreiben.

Diese Forschungslücke soll mit der vorliegenden Studie geschlossen werden. Im Mittelpunkt der Arbeit steht die berufliche Praxis von in der ambulanten Wochenbettbetreuung tätigen Hebammen. Dabei wird die Handlungspraxis aus Sicht der Hebammen anhand offener Leitfadeninterviews (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009) rekonstruiert. Vor dem Hintergrund des gesundheitlichen Versorgungsbedarfs von Mutter und Kind werden bevorzugt die Handlungsorientierungen untersucht, die Hebammen zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit nutzen.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, einen theoretischen Beitrag für die professionelle Gestaltung der Wochenbettbetreuung zu geben und die Bedeutung dieses komplexen Handlungsfeldes herauszustellen. Die Relevanz dieser Forschungsarbeit liegt unter anderem darin, dass bislang Untersuchungen zum professionellen Handeln von Hebammen in der Wochenbettbetreuung innerhalb deutscher Versorgungsstrukturen fehlen.

Diese Dissertationsschrift umfasst insgesamt sechs Kapitel. Nach der Einleitung folgt in einem zweiten Kapitel die Vorstellung der themenrelevanten Literatur. Dieses beginnt mit einer Einordnung der Hebammentätigkeit in ein professionstheoretisches Konzept. Nach den Begriffsbestimmungen und Definitionen schließt sich eine kurze Betrachtung der historischen Entwicklung der häuslichen Wochenbettbetreuung an. Weiterhin werden aktuelle Rahmenbedingungen inklusive der erweiterten Anforderungen an die Hebammen sowie der Versorgungsbedarf und die Inanspruchnahme der Wochenbettbetreuung in Deutschland analysiert. Mit der folgenden Darstellung internationaler Daten wird die Wochenbettbetreuung aus einem erweiterten Blickwinkel betrachtet und unter anderem auf ihre Wirksamkeit und Relevanz im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung von Mutter und Kind beleuchtet. Das Kapitel schließt mit einer Analyse empirischer Befunde zur beruflichen Handlungspraxis aus Hebammensicht.

Im dritten Kapitel wird die Problemstellung der vorliegenden Dissertation präzisiert, die Forschungsfrage abgeleitet und der qualitative Forschungsansatz begründet. Das empirische Vorgehen orientiert sich an den Prinzipien der qualitativen Interviewforschung (Kruse, 2014). Für eine größtmögliche Nachvollziehbarkeit wird das methodische Vorgehen mit einer detaillierten Beschreibung der einzelnen Schritte im Forschungsprozess erörtert. Das Kapitel endet mit einer Betrachtung forschungsethischer Perspektiven.

Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Erhebung dargestellt. Dazu zählen die handlungsleitenden Sichtweisen der Hebammen, ihre Handlungsgrundlagen und -bedingungen sowie konkrete Handlungsdeterminanten der Wochenbettbetreuung

aus Hebammensicht. Das Kapitel endet mit einer zusammenfassenden Betrachtung der empirischen Daten unter besonderer Berücksichtigung der Forschungsfrage.

Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse in den Kontext ihrer theoretischen Relevanz eingeordnet und reflektiert. Anschließend werden sich aus der Studie ergebende Ansätze für weitere Forschungsvorhaben thematisiert.

Im letzten Kapitel werden sich aus der vorliegenden Analyse ergebende Implikationen sowohl für das berufliche Handeln und die gesundheitliche Versorgungsgestaltung als auch für die Aus- und Weiterbildung von Hebammen abgeleitet. Das Kapitel endet mit einem zusammenfassenden Schlusswort.

2 Relevante Literatur

Der Schwerpunkt dieser Forschungsarbeit liegt auf der Analyse des professionellen Handelns freiberuflicher Hebammen, die in der ambulanten Wochenbettbetreuung tätig sind. Im folgenden Kapitel wird der Stand der Literatur zu relevanten Aspekten der vorliegenden Dissertation zusammenfassend dargestellt. Nach einer Einordnung der Hebammentätigkeit in theoretische Konzepte professionellen Handelns, wird die Hebammenarbeit im Kontext der Wochenbettbetreuung betrachtet. Dabei werden sowohl ihre Entwicklungen und Rahmenbedingungen als auch veränderte Anforderungen im Handlungsfeld thematisiert. Im sich anschließenden Kapitel wird die Komplexität des Handlungsfeldes in Bezug auf die primären Zielgruppen: Frauen und Kinder nach der Geburt verdeutlicht. Wenn nicht anders angegeben, umfasst der Begriff *Kinder* in dieser Arbeit sowohl die Neugeborenen-Zeit bis zum vollendeten 28. Lebenstag als auch den Zeitraum der Säuglingsperiode, ab Beginn des 29. Lebenstages bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres (Köster, 2004). Einen Schwerpunkt des Literaturkapitels bildet die Analyse empirischer Arbeiten zur Perspektive von Hebammen hinsichtlich ihres professionellen Handelns und ihrer Rolle in der ambulanten postpartalen Versorgung.

2.1 Hebammenarbeit aus professionstheoretischer Perspektive

Der professionstheoretische Forschungszugang dieser Arbeit orientiert sich an den neueren Diskussionen zur Professionalität und basiert auf der *revidierten Theorie des professionellen Handelns* (Oevermann, 1996). Während die klassische professionstheoretische Forschung, vorwiegend auf die gesellschaftliche Stellung einer Berufsgruppe fokussiert, analysiert die Theorie von Oevermann vielmehr die internen Prozesse des Handelns der einzelnen Akteure (Garz & Raven, 2015, S. 110).

Kennzeichnend für das Handlungsfeld professioneller Berufe im Gesundheitsbereich ist nach Oevermann (2009, S. 119) die stellvertretende Bewältigung lebenspraktischer Krisen von Menschen und die Unterstützung bzw. Wiederherstellung ihrer autonomen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit.

Professionalisierte Praxis setzt dort ein, wo primäre Lebenspraxen mit ihren Krisen nicht mehr selbst fertig werden können und deren Bewältigung an eine fremde Expertise delegieren müssen. (Oevermann, 2009, S. 120)

Individuen können den größten Teil ihrer alltäglichen Handlungsprobleme mit dem ihnen verfügbaren Wissen bewältigen. Auch Krisen können von ihnen bis zu einem

bestimmten Punkt eigenständig gemeistert werden. Wenn eine primäre Krisenbewältigung nicht mehr gelingt, bedarf es einer sekundären stellvertretenden Krisenbewältigung, durch Hinzuziehung der fachlichen Expertise handlungsfeldspezifisch professionalisierter Berufe (Garz & Raven, 2015, p.115f.). Die Geburt eines Kindes ist mit grundlegenden Veränderungen für Familien verbunden und lässt sich theoretisch als kritisches Lebensereignis einordnen (Filipp & Aymanns, 2010, S.11ff.). Die Übernahme der Elternrolle wird als normativer Übergang im Lebensverlauf bezeichnet, der eine Krise auslösen kann. Professionelle Hilfe kann dazu beitragen, dass normative Übergänge so gestaltet werden, dass sie möglichst wenig Krisenpotential enthalten (ebd.). Nachfolgend sollen Theorien der professionellen Gestaltung solcher Unterstützungs- und Betreuungsprozesse näher betrachtet werden.

Professionelles Handeln ist durch das Zusammenwirken von „*fachwissenschaftlich-methodischer Kompetenz*“ sowie „*fallrekonstruktiv-diagnostischer Kompetenz*“ gekennzeichnet (Oevermann, 1996, S. 123ff.). Diese Kompetenzen werden von Hülken-Gieser (2008, S. 21) auch als „*wissenschaftlich reflektierte*“ sowie „*individuell-situative Orientierung*“ bezeichnet. Expertinnen und Experten verfügen über Fach- und Methodenwissen, das bezogen auf den Einzelfall Fallverstehen erzeugt (Garz & Raven, 2015, S. 117). Zusätzlich benötigt professionelle Handlungskompetenz als weitere Komponente eine *interventionspraktische Kompetenz*. Damit gelingt es den Handelnden das fachwissenschaftliche Wissen auf den Fall zu übertragen. Die interventionspraktische Kompetenz wird durch die Fähigkeit von Expertinnen und Experten, allgemeingültige Wissensbestände auf einen Fall zu beziehen und in krisenbewältigendes Handlungswissen zu transformieren, sichtbar (ebd.). Sowohl das fachwissenschaftlich-methodische Wissen als auch das hermeneutische Fallverstehen werden von Oevermann auch als „*ingeniuerale Komponente*“ bezeichnet. Während diese Komponente primär auf Standardisierung und Verallgemeinerung ausgerichtet ist, bedingt die interventionspraktische Komponente eine Nicht-Standardisierbarkeit professioneller Handlungssituationen (Oevermann, 2009, S. 122). Diese Nicht-Standardisierbarkeit professioneller Handlungssituationen lässt sich anhand mehrerer Handlungen ableiten: erstens bei der Erstellung der fallspezifischen Diagnose auf Basis des lebensgeschichtlichen Kontextes im jeweils konkreten Fall, zweitens bei der Rückübersetzung der auf der Basis der Diagnose und des theoretischen Wissens ableitbaren Therapie auf den konkreten Fall. Die dritte und nach Oevermann bedeutsamste Handlung ist die Kommunikation mit der Klientin, wobei zu beachten ist, dass die Hilfe zur Selbsthilfe berücksichtigt und eine unter Um-

ständen erfolgte vorübergehende Autonomieeinschränkung aufgehoben wird (Oevermann, 2009, S. 122f.; 2013, S. 502f.).

Nachfolgend wird die interventionspraktische Komponente und ihre Bedeutung für eine fallangemessene und nicht-standardisierte Handlungsweise auf die Geburtshilfe übertragen und in Anlehnung an Garz & Raven (2015, S. 119) an einem fiktiven Beispiel aus der Wochenbettbetreuung dargestellt: Eine Frau meldet sich vier Wochen nach der Geburt mit einem unruhigen und häufig weinenden Kind bei der Hebamme. Bisher wurde das Kind von ihr problemlos nach Bedarf gestillt. Seit zwei Nächten ist das Kind jedoch sehr unruhig und schreit ungewöhnlich viel. Im Sinne einer primären Krisenbewältigung haben die Eltern zunächst verschiedene Strategien ausprobiert, das Kind zu beruhigen und sich dann an die Hebamme gewandt. Um erfolgreich zu handeln, d.h. die Eltern zufriedenstellend zu beraten, muss sich die Hebamme – im Sinne eines umfassenden Fallverstehens – ein genaues Bild von Mutter, Kind und Familie machen. Zusätzlich zu ihrem fachlichen Wissen über mögliche Ursachen übermäßigen Schreiverhaltens unruhiger Kinder muss sie auch die lebenspraktische Situation der Familie rekonstruieren. Nur im Zusammenhang mit dieser Information kann sie eine der spezifischen Fallkonstellation gerecht werdende Beurteilung aller Diagnoseparameter vornehmen. Anschließend gilt es, Handlungsabläufe dem konkreten lebensgeschichtlichen Zusammenhang der Klientin anzupassen und damit eine fallangemessene Rückübersetzung von ingenieurem in interventionspraktisches Wissen zu gewährleisten (Oevermann, 2009, S. 123). Möglicherweise kommt es zu einem latenten Autonomieverlust, da eine erfolgreiche Hilfe die Klientin unter Umständen dazu verleitet, ihre Eigeninitiative zu minimieren und tendenziell vermehrt professionelle Expertise zu beanspruchen (ebd.). Diese Entwicklung wird von Oevermann als „*widersprüchliche Einheit von Autonomie und Abhängigkeit*“ bezeichnet (Garz & Raven, 2015, S. 119). Im beschriebenen Beispiel vermutet die Hebamme einen Wachstumsschub des Kindes als Ursache für das übermäßige Weinen. Sie bittet die Mutter, das Kind öfter zu stillen. Im Beisein der Hebamme gelingt dies zunächst. Aufgrund ihrer extremen Müdigkeit lässt sich die Mutter aber später dazu verleiten, das Kind mit Zusatznahrung zu füttern. Diese Vorgehensweise kann aufgrund der Nahrungsumstellung die Unruhe des Kindes steigern sowie zum Rückgang der Milch führen. Offensichtlich ist der betreuenden Hebamme die Rückübersetzung nur bedingt gelungen. Die fortbestehende Einschränkung der Autonomie wird dadurch sichtbar, dass eine erneute Thematisierung der Stillproblematik

durch die Hebamme erfolgen muss, sofern die Frau dem Stillen weiterhin positiv gegenübersteht.

Das Beispiel belegt, dass das Gelingen der stellvertretenden Krisenbewältigung nicht allein vom Handeln der Hebamme, sondern auch von der aktiven Mitgestaltung der Klientin abhängt. In ihrer professionstheoretischen Auseinandersetzung kommen Garz und Raven (2015, 129f.) zu dem Ergebnis, dass die stellvertretende Bewältigung einer lebenspraktischen Krise kein „Überstülpen einer Lösung“ durch die Helfenden sein sollte, sondern nach Verständnis von Oevermann einen mæutischen Charakter besitzt:

Konfrontation, Klarifikation und Deutung bedürfen der intensiven Mitarbeit des Klienten/Patienten und der Hilfestellung des Helfers/Therapeuten, der im Sinne der Funktion einer Hebamme [sic!] agiert. So wie diese mit ihrem theoretischen und praktischen Wissen die werdende Mutter unterstützt, ihr Kind zur Welt zu bringen, unterstützt der Therapeut den Klienten/Patienten, Einsicht in die strukturellen Ursprünge seiner Krise und das daraus abzuleitende, die Autonomie der Lebenspraxis wiederherstellende ‚Neue‘ zu gewinnen. (Garz & Raven, 2015, 129f.)

Eine unabdingbare Voraussetzung für die Beteiligung der Eigenkräfte der Klientin an der Krisenbewältigung ist das Arbeitsbündnis mit der Expertin oder dem Experten (Oevermann, 2009, S. 123). Eine Voraussetzung für die Einrichtung eines Arbeitsbündnisses ist ein Leidensdruck der Klientin und ihre Bereitschaft alles zu tun, um die Störung zu beseitigen (Oevermann, 2009, S. 127). Das Arbeitsbündnis beruht nach Oevermann (2009, S. 135) auf den Prinzipien Freiwilligkeit, Einsicht und Eigeninteresse. In seinen Ausführungen zur Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses in der sozialarbeiterischen Praxis zieht Oeverman vergleichend das Handeln im schulpädagogischen Kontext heran. Obwohl hier, ähnlich wie in der Hebammenarbeit, eine Nicht-Standardisierbarkeit der Handlungssituationen gegeben ist, wird das Prinzip der Freiwilligkeit der Schülerinnen und Schüler durch die gesetzliche Schulpflicht umgangen (ebd.).

Für den Bereich der Hebammenarbeit wurde das Konzept des Arbeitsbündnisses erstmalig von Zoege (2004) thematisiert und als Kern des professionellen Handelns beschrieben. Obwohl Zoege die Beziehungspraxis des Arbeitsbündnisses primär anhand der geburts-hilflichen Betreuungssituation im klinischen Bereich veranschaulicht, weist sie darauf hin, dass alle Bereiche der Hebammenbetreuung Elemente des Arbeitsbündnisses nach Oevermann enthalten (Zoege, 2004, S. 279). Die Betreuungsbeziehung im häuslichen Umfeld nimmt eine besondere Form ein, „weil dort die Frau zu Hause und die Hebam-

me zu Gast ist“. (Zoege, 2004, S. 279). Für eine Krisenintervention im Wochenbett sind ein komplexes und intensives Arbeitsbündnis mit der Frau und ihrer Familie sowie eine konstruktive Kooperation mit anderen Berufsgruppen erforderlich (ebd.).

Nach Oevermann sind therapeutische Professionen einerseits durch das erfahrungswissenschaftliche und methodische Wissen und andererseits durch die für das Arbeitsbündnis notwendige Handlungslehre doppelt professionalisiert (Oevermann, 1996, S. 124f.). Garz und Raven (2015, S. 131f.) beschreiben eine professionelle Sozialisation, die sowohl theorieorientierte als auch praxisorientierte Bereiche mit jeweils unterschiedlichen Lernzielen und -orten umfasst. Während die Vermittlung von Fach- und Methodenwissen in der Regel problemlos gelingt, stellt der Prozess der professionellen Sozialisation inklusive dem Erlernen von Reflexionsfähigkeit eine besondere Herausforderung in der berufsfeldspezifischen Lehre dar. Da dieser Prozess mit Ende der Ausbildung nicht abgeschlossen ist, bedarf es einer steten Bereitschaft der handelnden Person, ihre eigene Praxis zu überdenken (Garz & Raven, 2015, S. 135). Dieser Ansatz wird im „*reflexiven Handlungstypus*“ von Dewe, Ferchhoff, Scherr und Stüwe (2011) aufgegriffen. Professionelles Handeln erfolgt auf Grundlage eines Arbeitsbündnisses zwischen Klientin und Expertin und zeichnet sich durch ein individuelles Fallverstehen auf der Basis von Lehrbuch- und Erfahrungswissen aus. Dieses wird mit einer hermeneutischen Sensibilität für den Fall ergänzt (Dewe et al., 2011, S. 23).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die professionelle Gestaltung Hebammenkundlicher Arbeit im Sinne einer Praxis erfolgen muss, die Wissen, Können und Reflexion verbindet und die Autonomie der Lebenspraxis der Frauen und Familien respektiert. Mit der Einordnung der Forschungsarbeit in die aktuellen kompetenzorientierten professionstheoretischen Diskussionen soll nicht ergründet werden, ob der Hebammenberuf professionalisierungsbedürftig ist oder nicht. Im Mittelpunkt der vorliegenden explorativen Untersuchung steht vielmehr die Frage nach der Gestaltung professionspezifischer Unterstützungs- und Betreuungsprozesse. In diesem Kontext soll auch geprüft werden, ob sich Elemente des professionellen Handelns, wie beispielsweise das Konzept des *Arbeitsbündnis*, aufzeigen lassen.

2.2 Wochenbettbetreuung im deutschen Versorgungskontext

Eine Analyse der Hebammenarbeit vor dem Hintergrund professionstheoretischer Überlegungen erfordert einen erweiterten Blick auf das Tätigkeitsfeld. Zum besseren Ver-

ständnis der inhaltlichen Ausgestaltung des Handlungsfeldes wird die Wochenbettphase nachfolgend definiert. Anschließend werden historische, rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen der Hebammenarbeit in der Wochenbettbetreuung in Deutschland beschrieben und sich veränderten Anforderungen aufgezeigt.

2.2.1 Wochenbett: Definition und Zeitraum

Für die Phase nach der Geburt werden in der Literatur verschiedenen Begriffe verwendet: Wochenbett, Puerperium, postpartale und postnatale Phase (Pschyrembel, 2007). Ursprünglich wurde mit dem Begriff Wochenbett nur die Zeitdauer bezeichnet, in dem die Frauen zu Hause blieben, um sich von den Anstrengungen der Geburt zu erholen (Hasseler, 2002, S. 21). Noch im 17. Jahrhundert wurde das Wochenbett definiert als „*Kindbett, Zeitraum von sechs bis acht Wochen nach der Entbindung*“ (Pfeifer, 1997). In heutigen gynäkologischen und geburtshilflichen Lehrbüchern und klinischen Nachschlagewerken wird der definitorische Schwerpunkt des Wochenbettes auf die physiologischen Veränderungen nach der Geburt gelegt (Hasseler, 2002, S. 21). So stehen im medizinischen Kontext die Rückbildung der durch Schwangerschaft und Geburt am Körper der Frau entstandenen Veränderungen sowie Wiederherstellungs- und Heilungsprozesse im Vordergrund (Pschyrembel & Dudenhausen, 1986). Begriffsbestimmungen in Hebammenlehrbüchern erweitern die medizinischen Definitionen hinsichtlich psychosozialer Aspekte, wie beispielsweise den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung (Geist, 2013, S. 504). Rankin bezeichnet die postnatale Phase als ein soziales Konzept, das ebenfalls das Kind mit einbezieht (Rankin, 2005, S. 711). Das Wochenbett wird auch als Übergangsphase definiert, die mit der Geburt des Kindes beginnt und mit der Rückkehr der Fertilität endet (Coad & Dunstall, 2007). Diese Übergangszeit kann für eine Frau, ihr Neugeborenes und ihre Familie auf körperlicher, psychosozialer und sozialer Ebene kritisch verlaufen (World Health Organization Technical Working Group, 1999). In Anlehnung an das Mutterschutzgesetz existiert in Deutschland eine gesetzliche Definition des Wochenbettes, die auch die besondere Problematik einer Risikoschwangerschaft berücksichtigt. Das Wochenbett wird als Teil des Mutterschutzes definiert und dauert bis acht Wochen nach der Geburt. Bei einer Früh- und Mehrlingsgeburt verlängert sich dieser Zeitraum um vier Wochen (Geist, 2013, S. 504). Die britische Pflege- und Hebammenkammer Nursing and Midwifery Council (NMC) definiert die postpartale Phase als eine Zeit, in der eine Begleitung einer Hebamme für Mutter und Kind erforderlich ist. Der Zeitraum beginnt nach der Geburt, dauert mindestens 10 Tage bezie-

ungsweise so lange, wie es die Hebamme für erforderlich hält (Nursing & Midwifery Council, 2012).

Laut WHO dauert das Wochenbett von der Geburt der vollständigen Plazenta bis sechs Wochen nach der Geburt (WHO, 2006). Während die meisten Autorinnen und Autoren dieser Definition folgen (Bennett & Brown, 1999; Geist, 2013; WHO, 2006), wird von anderen ein Zeitraum von bis zu acht Wochen nach der Geburt beschrieben (National Institute for Health and Care Excellence, 2006; Pschyrembel & Dudenhausen, 1986; Rankin, 2005). In der geburtshilflichen Fachliteratur wird das Wochenbett in der Regel in ein Frühwochenbett vom ersten bis zum 10. Tag und in ein Spätwochenbett ab dem 11. Tag nach der Geburt unterteilt (Geist, 2013, S. 504). Eine andere Einteilung der Wochenbettphase findet sich bei Dixon (2006):

- 1. Phase: die ersten Stunden nach der Geburt*
- 2. Phase: die frühen Tage*
- 3. Phase: die frühen Wochen*
- 4. Phase: Komplettierung des Übergangs zur Elternschaft*

Nach dieser Einteilung stehen in den ersten beiden Phasen die körperliche Erholung der Frau, die Pflege des Kindes und der Stillbeginn im Mittelpunkt. Die dritte Phase ist durch Fortschritte bei der Erholung und im Stillprozess, durch die Vertrauensbildung in die eigenen Fähigkeiten sowie durch das Erkennen und Verstehen signifikanter Veränderungen der Familiendynamik gekennzeichnet. Die vierte Phase beschreibt den Abschluss der Transition in die Elternschaft. Dies passiert im Regelfall etwa sechs Wochen nach der Geburt und zeigt sich nach Dixon in der Akzeptanz familiendynamischer Veränderungen sowie der gemeinsamen Verantwortung für das Kind (Dixon, 2006, S. 458).

Zusammenfassend kann anhand der Einteilung von Dixon (2006) festgehalten werden, dass die Lebensphase des Wochenbetts für die Frau und ihre Familie weit mehr bedeutet, als die hier aufgezeigten Definitionen des Begriffs umschreiben. So wird zwar neben den körperlichen Umstellungsprozessen auch auf die veränderte Lebenssituation verwiesen, jedoch bleiben Beschreibungen im Hinblick auf eine Neuorientierung innerhalb der Familie ungenau. Deutlich geworden ist, dass die ursprüngliche Bedeutung der Wochenbettphase, in der Frauen eine mehrwöchige Bettruhe einhalten mussten, an Bedeutung verloren hat. Diese Entwicklung wird neben anderen Aspekten im nachfolgenden Kapitel betrachtet.

2.2.2 Entwicklung der Wochenbettbetreuung

Für eine Einordnung definitorischer Veränderungen im Handlungsfeld ist es wichtig, die historischen Bedingungen der gesundheitlichen postpartalen Versorgung von Mutter und Kind sowie die Stellung der Hebamme näher zu analysieren. Die nachfolgende Betrachtung umfasst dabei die letzten 150 Jahre.

Wie der nachfolgende Auszug aus einem Hebammenlehrbuch von 1928 verdeutlicht, war bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts die häusliche Wochenbettbetreuung ein fester Bestandteil der Hebammenarbeit und stellte zugleich eine Pflicht der Hebamme dar:

Die Pflege der Wöchnerin hat die Aufgabe zu erfüllen, die regelmäßigen Vorgänge des Wochenbettes durch sachgemäße Beratung und Versorgung der Wöchnerin zu unterstützen, sowie Schädigungen von ihr fernzuhalten. Die Hebamme hat zu diesem Zweck schon am Schluss der Geburt Anordnungen und Verhaltensmaßregeln gegeben, sie ist aber verpflichtet, durch regelmäßige Besuche sich von der Durchführung dieser Vorschriften zu überzeugen, etwa eintretende Regelwidrigkeiten rechtzeitig zu erkennen und bestimmte pflegerische Maßnahmen bei Mutter und Kind selbst vorzunehmen. Nur dann, wenn z.B. wegen der Anwesenheit einer Wochenpflegerin die Wochenbesuche der Hebamme von der Wöchnerin bzw. Ihren Angehörigen nicht gewünscht werden, oder wenn der Kreisarzt wegen Erkrankung der Wöchnerin ein dahingehendes Verbot erlassen hat, soll die Hebamme von den Wochenbesuchen Abstand nehmen. (Hammerschlag, Langstein & Ostermann, 1928, S. 203)

Das Zitat weist darauf hin, dass nach dem damaligen geburtshilflichen Verständnis die Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung weder getrennt betrachtet noch praktiziert wurden. Allerdings war die Betreuung von Frauen im Wochenbett keine den Hebammen vorbehaltene Tätigkeit. Hebammen unterlagen den Weisungen der Kreisärztinnen und Kreisärzte und wurden in ihrer Tätigkeit durch Wochenpflegerinnen unterstützt beziehungsweise ersetzt. Wochenpflegerinnen gab es in Deutschland bis in die 1970er Jahre. Nach einer staatlich nicht anerkannten Ausbildungszeit von drei Monaten waren sie für die Pflege der Wöchnerin zuständig (Ochsenstein-Nick, 2006).

Wenn auch die Tätigkeit der Hebamme meist mit dem Ablauf des Wochenbettes aufhört, so kann sie doch noch für die Zukunft durch Raterteilung das weitere Stillgeschäft fördern. (Hammerschlag et al., 1928, S. 209)

Von den Autoren des Hebammenlehrbuchs wurde auch die heute noch übliche Länge des Betreuungszeitraums bis zum Ende der Stillzeit genannt. Trotz einiger Konstanten hat sich jedoch das Handlungsfeld von Hebammen in der Wochenbettbetreuung innerhalb der letzten 150 Jahre aufgrund von verschiedenen Entwicklungen mehrfach gewandelt.

Veränderungen der Rahmenbedingungen für die Hebammenarbeit im Wochenbett

Zu den Entwicklungen und Wandlungsprozessen, die die Hebammenarbeit in der häuslichen Wochenbettbetreuung im besonderen Maße prägten, gehören die Weiterentwicklung medizinischer Erkenntnisse (Bilek, Rothe, Ruckhäberle & Schlegel, 1985; Szász, Stiefel & Tschernko, 2013), das Wissen um soziale Ungleichheiten sowie gesundheitspolitischen Entscheidungen, wie die Institutionalisierung von Geburten und die Verkürzung der Liegezeiten von Wöchnerinnen (Schumann, 2015). Ausschlaggebend für die Stellung der Hebamme war immer auch die Organisation der gesundheitlichen Versorgung in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit (Manthey, 1977, S. 65).

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden die mangelnden hygienischen Zustände im Zusammenhang mit der hohen Müttersterblichkeit gebracht. Die Entdeckung der Ursache des Kindbettfiebers durch Ignaz Semmelweiß und die Einführung antiseptischer Maßnahmen zur Verbesserung der hygienischen Verhältnisse führten zu einer Senkung der Todesfälle im Wochenbett (Szász et al., 2013, S. 6). Da die Erkrankungen und Todesfälle nicht nur im klinischen, sondern auch im häuslichen Setting auftraten, kam es zu vermehrten Schuldzuweisungen an die Hebammen. Neben dem Kindbettfieber gehörten damals auch postpartale Blutungen zu den Hauptursachen der Müttersterblichkeit im Wochenbett (Bick, Marchant & Newburn, 2009). Die Arbeit der Hebammen wurde von der Ärzteschaft als zunehmend veraltet bewertet. Diese Haltung schlug sich in einer Reform des Hebammenwesens nieder (Szász et al., 2013, S. 6). Dabei kam es zu einer verstärkten amtsärztlichen Überwachung der den niedergelassenen Hebammen auferlegten Pflichten. Zusätzlich wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildung ergriffen und die Ausbildungszeit auf 18 Monate verlängert (Bilek et al., 1985, S. 23). Ein Beispiel für die verstärkte amtsärztliche Überwachung war die Verabschiedung einer Desinfektionsordnung. Diese beinhaltete unter anderem eine Meldepflicht bei Kindbettfieber und ein zeitlich begrenztes Arbeitsverbot für Hebammen, in deren Praxis ein Kindbettfieberfall aufgetreten war (Szász et al., 2013, S. 6). In der über ein halbes Jahrhundert dauernden Reform des Hebammenwesens trugen neben staatlichen und ärztlichen Stellen auch die Hebammen selbst zur Verbesserung ihrer Lage und des Ansehens ihres Berufsstandes bei. Eine bedeutende Rolle spielte in diesem Kontext die Gründung des ersten Hebammenverbandes 1885 in Berlin (Bilek et al., 1985, S. 25; Szász et al., 2013, S. 7).

Zu dieser Zeit erkannte man zunehmend den Einfluss sozialer Faktoren auf die Müttersterblichkeit. Beispielsweise war um 1910 die Wochenbettsterblichkeit in Regionen in Preußen besonders hoch, in denen Frauen aus finanzieller Not ohne Begleitung einer Hebamme gebären mussten (Bilek et al., 1985, S. 23). Mit dem zunehmenden Bewusstsein um die Bedeutung der professionellen Hilfe wurden die staatlichen Leistungen für Frauen rund um die Geburt verbessert. Mit der Erweiterung des Mutterschutzes und dem Ausbau der Ende des 19. Jahrhunderts eingeführten Krankenversicherung erhielten Frauen zu Beginn des Ersten Weltkrieges im Rahmen der Reichswochenhilfe eine finanzielle Unterstützung für Entbindungskosten, Wochengeld, Stillgeld sowie ein Aufwandsgehalt für Hebammenhilfe (Lindner, 2004, S. 401). Die Stellung der Hebamme blieb dennoch ungeregelt, was zu Problemen bei der Abrechnung ihrer Leistungen führte (Szász, 2006, S. 34). Aufgrund der Kriegssituation riefen zahlreiche Hebammenvereine dazu auf, ermäßigte Gebührensätze zu verlangen. Auch nach Einführung der Reichswochenhilfe gingen die Frauen weiterhin davon aus, die Hebammenleistungen für weniger Geld zu bekommen. Erst 1926 wurde die Hebammenhilfe zur Kassenleistung (Szász, 2006, S. 39). Zeitgleich führte der Kampf gegen die hohe Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu einer Neustrukturierung des Berufes (Lisner, 2006, S. 60). Mit dem 1923 erlassenen preußischen Hebammengesetz wurden die Aus- und Fortbildungsbedingungen für Hebammen sowie das Recht auf Hebammenhilfe, die freie Hebammenwahl und ein klar umrissenes Tätigkeitsfeld geregelt. Zusätzlich zu den traditionell den Hebammen vorbehaltenen Tätigkeiten, wie die eigenverantwortliche Beratung der Schwangeren, die Ausübung der Geburtshilfe sowie die Versorgung der Wöchnerin und des Neugeborenen bei komplikationslosen Verläufen wurden die Hebammen stärker in die allgemeine Vorsorge für die Säuglinge integriert (Lindner, 2004; Lisner, 2006). Mit dem Erlass des Reichshebammengesetzes 1938 wurden die vormals auf der Ebene der Länder festgeschriebenen Rechte der Frauen auf Hebammenhilfe länderübergreifend formuliert. Die bedeutendste Neuerung war die Hinzuziehungspflicht, wonach Gebärende und Ärztinnen/Ärzte bei jeder Geburt verpflichtet wurden eine Hebamme hinzuzuziehen (Tiedemann & Huhn, 2006, S. 59). Durch diese Regelung sollte die Mütter- und Säuglingssterblichkeit gesenkt werden. Gleichzeitig unterstützte die Hinzuziehungspflicht die ideologischen Absichten des Nationalsozialismus, Gebärende und ihre Familie zu kontrollieren (ebd.). Mit der Schaffung eines Tätigkeitsmonopols und der Einstufung der Hebammen als qualifizierte Expertinnen für normal verlaufende Gebur-

ten und Wochenbetten wurde durch das Reichshebammengesetz 1938 der Grundstein für die Professionalisierung des Hebammenberufes gelegt (ebd.).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde das Gesundheitswesen aufgrund unterschiedlicher Gesellschaftsordnungen in beiden deutschen Staaten neugestaltet. Diese Umstrukturierungen wirkten sich auch auf die Hebammenarbeit aus (Bilek et al., 1985, S. 26). Die 1950er und 1960er Jahre waren in beiden Teilen Deutschlands zunächst vom Übergang der Haus- zur Klinikgeburt geprägt. Mit der Institutionalisierung der Geburten fiel die häusliche Wochenbettbetreuung weg. Die Verlagerung der Geburtshilfe in den klinischen Bereich führte zu einer Fragmentierung des Hebammenberufs (Sayn-Wittgenstein, 2007; Schumann, 2009) und gleichzeitig zur Institutionalisierung des Wochenbetts (Bluff, R. u. Cluett, E, 2003; Sayn-Wittgenstein, 2007). Da in der DDR in den 1960er Jahren Hausgeburten gänzlich abgeschafft wurden, gehörte auch das häusliche Wochenbett nicht mehr zum Arbeitsbereich der Hebammen. Das Tätigkeitsfeld wurde von Mütterberatungsstellen bedient (Tiedemann, 2006, S. 98). Dagegen konnten westdeutsche Hebammen weiterhin freiberuflich praktizieren. Aufgrund des Rückgangs der Hausgeburten gab es jedoch auch hier immer weniger freiberuflich tätige Hebammen (Harder, 2011; Schumann, 2009, 2015). Im Anschluss an eine für heutige Verhältnisse mit 14 Tagen vergleichsweise lange postpartale Verweildauer in der Klinik wurden Mütter und Säuglinge über Beratungsstellen der Gesundheitsämter versorgt (Lindner, 2004). Infolge der weitgehenden Institutionalisierung von Geburt und Wochenbett erfuhr der Hebammenberuf einen tiefgreifenden Wandel (Schumann, 2015). Für Frauen und ihre Familien bedeuteten die neuen Versorgungsstrukturen einen Verlust der Betreuungskontinuität sowie einen Bruch beim Übergang von der umfassenden, aber aus Frauensicht passiven Versorgung in der Klinik in die Alleinverantwortlichkeit im häuslichen Bereich (Manthey, 1977, S. 59).

Die durchschnittliche Verweildauer in der Klinik betrug bis 1981 zwischen 10 und 14 Tagen und wurde dann auf sechs Tage reduziert (Schumann 2006). Die Verkürzung der Wöchnerinnen-Liegezeiten führte zu einem steigenden Bedarf nach häuslicher Wochenbettbetreuung. 1985 wurde die Wochenbettbetreuung als eine den Hebammen vorbehaltene Tätigkeit im neuen bundesdeutschen Hebammengesetz fixiert (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1985). Damit trug der Gesetzgeber dazu bei, die Wochenbettversorgung trotz verkürzter Liegezeiten zu sichern. Durch diese Gesetzgebung gewannen die Hebammen im außerklinischen Bereich ein wichtiges Tätigkeitsfeld

zurück. Mit der Streichung der bis dahin geltenden Niederlassungserlaubnis wurden die Arbeitsbedingungen für Hebammen enorm erleichtert. So führte der Mehrbedarf an der außerklinischen Hebammentätigkeit auch zu einem Anstieg des Leistungsentgeltes für die Wochenbettbesuche (Edelmann, 2002; Schumann, 2006). Edelmann vertritt den Standpunkt, dass die zunehmende Bedeutung der häuslichen Wochenbettbetreuung nicht zuletzt auch auf eine wachsende Kenntnis in der Bevölkerung über den Anspruch auf Hebammenhilfe zurückzuführen ist (Edelmann, 2002, S. 18). Einfluss hatte auch die Frauenbewegung, die eigene Vorstellungen zu den Lebensphasen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vertrat (Lindner, 2004, S. 509). Die zunehmend erkannte Bedeutung der häuslichen Wochenbettbetreuung blieb jedoch ohne Auswirkung auf die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Hebammen, deren Inhalte weiterhin primär auf die stationäre Tätigkeit ausgerichtet sind (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1981).

Mit der Einführung der diagnoseorientierten Fallpauschalen in Kliniken im Jahr 2004, kam es zu einer weiteren Verkürzung der Verweildauer von Wöchnerinnen in der Klinik auf heute durchschnittlich 3,9 Tage (Statistisches Bundesamt, 2014). Diese Entwicklung sowie die ansteigenden Zahlen ambulanter Geburten führten letztendlich dazu, dass die häusliche Wochenbettbetreuung durch Hebammen trotz sinkender Geburtenzahlen in Deutschland wieder zu einem festen Bestandteil der Hebammenarbeit wurde und der Bedarf an Hebammenhilfe weiter ansteigt (Albrecht, Loos, Sander, Schliwen & Wolf-schütz, 2012). Mit Überführung des Anspruchs auf Hebammenhilfe aus der Reichsversicherungsurordnung in das Sozialgesetzbuch (SGB) V im Jahr 2012 wurden erstmalig erweiterte Ansprüche auf Hebammenhilfe für alle gesetzlich Versicherten in einem aktuellen Gesetzbuch festgeschrieben.

Verlagerung der Betreuungsschwerpunkte im Wochenbett

Vielfältige Einflüsse bewirkten im Zeitverlauf Veränderungen der Einstellungen und Empfehlungen zur Versorgung von Mutter und Kind in der Wochenbettphase. Damit veränderten sich auch die Betreuungsschwerpunkte und die Aufgaben von Hebammen.

In Fachkreisen wird der Verlust einer Wochenbettkultur, welcher den Müttern eine notwendige Schonfrist zur Bewältigung der neuen Lebensphase mit dem Kind einräumt, beklagt (Lohmann, 2002; Salis, 2004). In geburtshilflichen und Hebammenkundlichen Lehrbüchern der letzten hundert Jahre finden in den Anleitungen zur Wöchnerinnenbetreuung die Aspekte Ruhe und Erholung immer weniger Erwähnung (Lohmann,

2002). Hassler (2002, 22f.) geht davon aus, dass aufgrund der Weiterentwicklung medizinischer und anderer wissenschaftlicher Erkenntnisse, sich das Verständnis vom Wochenbett zugunsten einer medizinischen Betrachtungsweise verschoben hat. Während noch vor 100 Jahren Wöchnerinnen empfohlen wurde, die ersten zwei Wochen nach der Geburt im Bett zu verbringen und mindestens vier Wochen das Haus nicht zu verlassen (Marchant, 2010, S. 17; Salis, 2004), wurde im weiteren Zeitverlauf als präventive Maßnahme ein frühes Aufstehen propagiert. Um jedoch Ruhe- und Erholungsaspekte für Mutter und Kind nicht zu vernachlässigen, ist es wieder wichtiger geworden, Frauen auch im Spätwochenbett regelmäßige Ruhezeiten zu empfehlen und sie zu ermutigen, sich ausreichend Zeit für die Umstellungsprozesse zu nehmen (Schäfers, 2010, S. 105f.).

Durch den medizinischen Fortschritt, verbesserte Hygiene- und Lebensbedingungen konnten die körperlichen Umstellungsprozesse bei der Mutter sowie die Anpassung des Neugeborenen zunehmend besser kontrolliert werden. Stattdessen rückten die psychosozialen Umstellungsprozesse der Frauen und ihrer Familien stärker in den Vordergrund (Sayn-Wittgenstein, 2007, S. 116). Erkenntnisse aus der Bindungs- und Säuglingsforschung veränderten die Empfehlungen und Betreuungsschwerpunkte in Bezug auf die Entwicklung des Neugeborenen (Salis, 2004). Der seit den 1980er Jahren auch gesundheitspolitisch unterstützte Trend zum längeren Stillen sowie die seit 1998 in der Hebammengebührenordnung verankerte Stillberatung bis zum Ende der Stillzeit stärkte die Bedeutung der Stillberatung durch die Hebamme (Friedrich, 2011, S. 73).

2.2.3 Rechtliche Rahmenbedingungen der Hebammenarbeit

Heute hat jede Frau in Deutschland während der Lebensphasen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit einen Anspruch auf Hebammenhilfe (SGB V §§ 24c-d). Frauen und ihre Kinder werden bis zu 12 Wochen nach der Geburt und bei Bedarf darüber hinaus von einer Hebamme begleitet. Der Anspruch der Frauen auf Hebammenhilfe im Wochenbett wurde 2015 von acht auf 12 Wochen erweitert (SGB V §24d). Die Wochenbettbetreuung ist nach § 4 des Hebammengesetzes eine den Hebammen vorbehaltene Tätigkeit. Sie umfasst alle Leistungen im Rahmen der Beratung, Betreuung und Versorgung von Mutter und Kind während der Wochenbett- und Stillzeit. Bei einem physiologisch verlaufenden Wochenbett und einer normalen Entwicklung des neugeborenen Kindes sind Hebammen eigenverantwortlich tätig und Ärztinnen und Ärzten gleichgestellt. Die Betreuung von Frauen mit pathologischen Wochenbettverläufen und von erkrankten Kindern erfolgt gemeinsam mit der ärztlichen Berufsgruppe (Bundesmi-

nisterium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1985). Die gesetzliche Regelung der Hinzuziehungspflicht von Hebammen ist bis heute weltweit einmalig.

Zentrale Belange des Berufes und die Ausbildungsmodalitäten werden auf Bundesebene durch das Hebammengesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1981). Die Aufgabenbereiche und Ziele der Hebammenhilfe sind in den Berufsordnungen der Bundesländer festgelegt. Diese basieren inhaltlich auf der Berufsanerkennungsrichtlinie der Europäischen Union (EU) 2005/36/EG (Amtsblatt der Europäischen Union, 2005). Beispielhaft werden nachfolgend die sich primär auf die Wochenbettbetreuung beziehenden Absätze der Berliner Hebammenberufsordnung dargestellt:

§1 Aufgaben und Pflichten / (1) Hebammen und Entbindungspfleger dürfen folgende Tätigkeiten in eigener Verantwortung ausüben: [...]

- *Untersuchung, Überwachung und Pflege des Neugeborenen; Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in Notfällen; Durchführung von Prophylaxe-Maßnahmen und Information an die Sorgeberechtigten über weitere Untersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings, über die Notwendigkeit kinderärztlicher Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und über Schutzimpfungen*
- *Pflege der Wöchnerin und Überwachung ihres Zustandes; Beratung und Anleitung zu Pflege und Ernährung des Neugeborenen*
- *Beratung und Anleitung zum Stillen bis zum Ende der Stillzeit*

(Landesrecht Berlin HebBo, 2010)

Die Beschreibungen grundlegender Hebammentätigkeiten in der Wochenbettphase in dieser Berufsordnung beinhalten hauptsächlich die Überwachung des gesundheitlichen Zustands von Mutter und Kind einschließlich gesundheitsfördernder Maßnahmen und thematisieren weniger die psychosoziale Begleitung der Familie in dieser Übergangsphase. International sind die Aufgabenbereiche der postpartalen Versorgung von Mutter und Kind im Kompetenzprofil der International Confederation of Midwives (ICM) beschrieben. In diesem Profil werden notwendige Wissensbereiche und erforderliche Fähigkeiten der Hebammen für eine umfassende, qualitativ hochwertige sowie kulturell sensible Wochenbettbetreuung und für die Pflege eines gesunden Neugeborenen bis zum Ende des zweiten Lebensmonats gelistet (International Confederation of Midwives, 2010). Auch hier dominieren klinisch orientierte Fähigkeiten und Kenntnisse und weniger psychosoziale Aspekte (ebd.).

Der Anspruch auf Hebammenhilfe ist für alle gesetzlich Versicherten im Rahmen der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft im SGB V §§24 c-d festgelegt. Die

Hebammenhilfe für privat Versicherte wird über länderspezifische Gebührenverordnungen geregelt. Ziele der Hebammenhilfe, inklusive der Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind in einem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Berufsverbänden der Hebammen festgelegt. Anlage 1 dieses Vertrages beinhaltet die Hebammenvergütungsvereinbarung. Diese Vereinbarung besitzt als Rechtsverordnung des Bundes Gesetzeskraft und stellt neben der Regelung aller abrechnungsfähiger Leistungen im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit eine gesetzlich verbindliche Regelung der von freiberuflichen Hebammen auszuführenden Tätigkeiten dar (Zoege, 2004, S. 45). Innerhalb der ersten zehn Tage post partum haben Mutter und Kind einen Anspruch auf bis zu zwei Wochenbettbesuche täglich durch eine freiberufliche Hebamme. Bis zum Ende der 12. Lebenswoche des Kindes, sind weitere 16 Wochenbettbesuche möglich. Nach Ablauf der 12. Lebenswoche sind acht telefonische oder aufsuchende Beratungen bis zum Ende der Stillzeit, bzw. bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats berechnungsfähig (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1988; GKV Spitzenverband, 2015). Die Anzahl der Wochenbettbesuche und -beratungen orientiert sich am Bedarf von Mutter und Kind. Zusätzliche Besuche sind bei Vorliegen gesundheitlicher Probleme von Mutter oder Kind nach ärztlicher Verordnung möglich.

2.2.4 Erweiterte Anforderungen an die Wochenbettbetreuung

Das Tätigkeitsspektrum und die erforderlichen Kompetenzen der Hebammen haben sich in den vergangenen Jahren erheblich gewandelt (Bauer, 2015). Auch in der Wochenbettphase umfasst ihr professionelles Handeln weitaus mehr als die in den Berufsordnungen aufgelisteten Tätigkeiten. Neben der Beobachtung des Wochenbettverlaufs nehmen Hebammen zunehmend gesundheitsfördernde Aufgaben wahr, sind eine wesentliche Stütze junger Eltern im Umgang mit dem Kind und fördern den familiären Beziehungsaufbau. Während Problematiken im Bereich der körperlichen Rückbildungsvorgänge bei der Mutter und Anpassungsvorgänge beim Neugeborenen aufgrund verbesserter Lebensverhältnisse immer mehr abnehmen, stehen die psychosozialen Anpassungsleistungen der Frau und Familie zunehmend im Vordergrund (Sayn-Wittgenstein, 2007, S. 116). Nach Zoege (2004, S. 10) leiten sich die Anforderungen an die Hebammen sowohl aus dem rechtlich definierten Tätigkeitsspektrum als auch aus Anforderungen im gesamtgesellschaftlichen Kontext ab.

Anforderungen im gesamtgesellschaftlichen Kontext

Um die Bedeutung der Hebammen bei der Begleitung von Frauen und Paaren in die Elternschaft einschätzen zu können, ist es wichtig, die Lebenssituation der Paare zu betrachten, die sich entscheiden, Kinder zu bekommen. Anders als im alten Bundesgebiet vor 30 oder 40 Jahren sind Frauen zunehmend berufstätig und das sogenannte Alleinverdiener-Hausfrauen-Modell verliert an Gewicht (Peuckert, 2012, S. 448). Die abnehmende Bedeutung traditioneller Paarbeziehungen spiegelt sich in einer Pluralisierung der Lebensformen wider. Die Elternschaft ist eine Option von vielen geworden und der Kinderwunsch wird zunehmend auf einem späteren Zeitpunkt im Leben verschoben. Deutlich wird dies daran, dass das Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes deutlich gestiegen ist: Lag es in den 1960er Jahren im alten Bundesgebiet bei knapp 25 Jahren (BMFSFJ, 2005), bekommen heute Frauen durchschnittlich mit über 30 Jahren ihr erstes Kind (Niessen, Werner-Bierwisch, Metzing & Sayn-Wittgenstein, 2017; Statistisches Bundesamt, 2016b).

Die Pluralisierung von Lebensformen ist auch durch eine Zunahme nichttraditioneller Familienmodelle gekennzeichnet. Nach dem Wegfall der Großfamilie ist die klassische Kleinfamilie mit verheirateten Eltern zwar immer noch die häufigste, aber nicht mehr die dominierende Lebensform (BMFSFJ, 2015). Die Zahl alternativer Lebensformen wie nichteheliche und homosexuelle Lebensgemeinschaften mit oder ohne Kinder, Alleinerziehende, Partnerschaften mit getrennten Wohnsitzen, Scheidungs- und Patchwork-Familien steigt: Im alten Bundesgebiet verteilen sich die Familien auf 74 Prozent verheiratete Ehepaare, 18 Prozent Alleinerziehende und acht Prozent Lebensgemeinschaften mit Kindern. In Ostdeutschland ist die Häufigkeit verheirateter Eltern mit 51 Prozent noch geringer; 27 Prozent sind alleinerziehend, 21 Prozent leben in Lebensgemeinschaften (BMFSFJ, 2015). Auffällig ist die kontinuierliche Zunahme von Ein-Eltern-Familien. 2013 lebten im gesamten Bundesgebiet knapp 1,6 Millionen Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern im Haushalt. Das sind etwa 300.000 Alleinerziehende mehr als noch vor 16 Jahren (BMFSFJ, 2015). Ein-Eltern-Familien zeichnen sich gegenüber verheirateten Eltern mehrheitlich durch eine schlechtere sozio-ökonomische Lage aus (Peuckert, 2012, S. 378).

Erhöhte Anforderungen an die Elternschaft ergeben sich auch durch gestiegene berufliche Mobilitätsanforderungen, die in das Alltags- und Familienleben integriert werden müssen und die oft nicht ohne soziale Folgen für die Beschäftigten und ihre Familien bleiben (Schneider, 2005). Grundsätzlich wird eine arbeitsbedingte Mobilität als nur

sehr schwer mit aktiver Elternschaft vereinbar bewertet (European Research Area, 2008). Während in der Vergangenheit Familien in der Regel an einem Ort lebten, ist die Familie heute vielfach durch das Auseinanderbrechen der Lebenssphären ihrer Mitglieder charakterisiert (Schneider, 2005). So haben sich die Familien, in denen das am nächsten wohnende erwachsene Kind an einem anderen Ort wohnt, in den letzten 16 Jahren von 45 auf 55 Prozent erhöht (Peuckert, 2012, S. 602). Bezogen auf den erweiterten Familienkreis führt eine arbeitsbedingte Mobilität dazu, dass Kontakte zu Eltern und Geschwistern sowie zu anderen Verwandten, wie zu Tanten, Onkeln und deren Kindern, schwerer aufrecht zu erhalten sind. Neben einer daraus resultierenden geringeren familiären Unterstützung bedeutet dies möglicherweise auch, dass familiäre Rollenmodelle für werdende und junge Eltern nicht vorgelebt werden.

Weiter beeinflussen die zunehmende Kinderlosigkeit und das niedrige Geburtenniveau in Deutschland mit 1,4 Kindern je Frau (BMFSFJ, 2015) die Lebenssituation werdender Eltern: *„Der Rückgang der Kinderzahlen und die Zunahme von Kinderlosigkeit haben eine intragenerationale Verschmälerung bewirkt.“* (Peuckert, 2012, S. 596). Mit der Abnahme von Verwandtenbeziehungen zu Geschwistern, Cousinen und Cousins sinkt auch die Chance für werdende und junge Eltern, sich im Umgang mit Kindern innerhalb der Familie orientieren und konkrete Erfahrungen mit Kindern sammeln zu können.

Der Übergang zur Elternschaft wirkt sich in vielen Bereichen auf die Lebenssituation junger Paare aus. Dazu gehören ein vorübergehendes Ausscheiden der Frauen aus dem Erwerbsleben, ein sinkendes Haushaltseinkommen sowie eine Traditionalisierung der Arbeitsteilung zu Lasten der Mütter. Auch die Partnerschaftsqualität und Zufriedenheit junger Eltern nehmen deutlich ab (Peuckert, 2012, 238f.). Gleichzeitig kehren Mütter immer häufiger und früher nach der Geburt in den Arbeitsmarkt zurück (Peuckert, 2012, S. 448).

Zusammenfassend stellen soziale Umbrüche, veränderte Familienstrukturen und fehlende Rollenmodelle erhöhte Anforderungen an die Elternschaft dar. Weil viele Frauen und Paare beim ersten Kind über unzureichende Informationen und Erfahrungen zur Elternschaft verfügen, sind Hebammen bei der Begleitung junger Eltern in ihre neue Lebenssituation weitreichender und intensiver gefordert als bisher. Der Mangel an familiärer Unterstützung sowie fehlende Rollenmodelle weisen auf den besonderen Bedarf einer unterstützenden Begleitung von alleinerziehenden Müttern oder Paaren beim Übergang in die Elternschaft und Umgang mit dem Kind hin.

Gesundheitsbezogene Anforderungen der häuslichen Wochenbettbetreuung

Hebammen nehmen vermehrt gesundheitsfördernde Aufgaben im Bereich der Familienplanung und Versorgung junger Familien wahr. Ihre Schlüsselfunktion bei der Gesunderhaltung von Mutter und Kind wird zunehmend anerkannt (BMFSFJ, 2009). Aufgrund des niedrighschwelligen Betreuungsangebots, auf das alle Frauen einen Rechtsanspruch haben, können Hebammen gesundheitsfördernd präventiv tätig sein (Stahl, 2007). Grieshop (2013) identifizierte verschiedene gesundheitsfördernde Bereiche, die von Hebammen noch unzureichend abgedeckt werden. Dazu gehören die Sektoren Ernährung, Bewegung/aktive Lebensgestaltung, Selbstpflege sowie Alkohol- und Nikotinkonsum. Diese Beobachtungen sind insofern erstaunlich, da es sich um Beratungsthemen handelt, die laut Hebammenberufsordnung vorgeschrieben sind.

Schäfers (2010) hebt neben eher medizinisch ausgerichteten, primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen weitere gesundheitsfördernde Aspekte der Hebammenarbeit im frühen Wochenbett hervor. Dazu zählen eine Unterstützung beim Bonding, Stillunterstützung, Bestärkung der Eltern im Umgang mit dem Neugeborenen sowie die Unterstützung bei der Bewältigung des Geburtserlebens. Zu den Aufgaben im Spätwochenbett gehören neben einer gesundheitsfördernden Aufklärung für Mutter und Kind, die motivierende Begleitung des weiteren Stillprozesses, bei Bedarf die Vermittlung regionaler Unterstützungsangebote und die Ermutigung der Frauen und Familien, sich ausreichend Zeit für die Umstellungsprozesse zu nehmen (Schäfers, 2010, S. 105). Das Erleben dieser Umstellungsprozesse und der besonderen Anforderungen beim Übergang zur ersten Elternschaft lässt sich mit dem Phasenmodell von Gloger-Tippelt (1988, 2007) beschreiben. Nach dem auf der Grundlage empirischer Untersuchungen entwickelten Modell wird der Übergang in die Elternschaft als Prozess vom Beginn der Schwangerschaft bis zum ersten Lebensjahr des Kindes in acht Phasen gegliedert. Als besonders kritische Phase werden neben dem Beginn der Schwangerschaft auch die ersten Monate nach der Geburt des Kindes hervorgehoben (Gloger-Tippelt, 2007, S.514). Kennzeichnend für diese Zeit sind neben einer physischen Erschöpfung sowie massiver Hormonumstellungen bei der Mutter vor allem die Schwierigkeiten, dauerhaft mit den neuen Anforderungen zurechtzukommen (ebd.). Theoretisch lässt sich die Übernahme der Elternrolle als normativer Übergang im Lebensverlauf einordnen. Da eine Nichtbewältigung dieser neuen Rolle eine Krise auslösen kann, ist es wichtig, den Übergang zur Elternschaft professionell unterstützend und präventiv zu begleiten (Filipp & Aymanns, 2010, S.11ff.).

Im häuslichen Wochenbett steht das lebensweltliche Umfeld der Wöchnerinnen stärker im Vordergrund als bei der stationären Versorgung. Durch die aufsuchende Versorgungsstruktur haben Hebammen Einblick in den Familienalltag und somit die Möglichkeit, die Frau und ihre Familie in ihrer individuellen, auch die Gesundheit beeinflussenden Lebenswelt kennen zu lernen. Eine kontinuierliche Betreuung durch eine für die Frau zuständige und ihr bekannte Hebamme und der dadurch entstehende enge Kontakt, bieten die Möglichkeit, auftretende psychische Probleme der Frau frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen, wie die Vermittlung entsprechender Therapiegebote, einzuleiten (Sayn-Wittgenstein, 2007, S. 119). Damit besitzen Hebammen auch eine Lotsinnenfunktion (ebd.). Um diese Rolle wahrnehmen zu können, müssen Hebammen ihre eigenen Potentiale und Grenzen einschätzen können, damit sie im Bedarfsfall ärztliche Berufsgruppen bzw. andere Sozial- und Gesundheitsberufe hinzuzuziehen können (Deutscher Hebammenverband, 2011a; Sayn-Wittgenstein, 2007). Durch den niedrigschwelligen Ansatz der ambulanten Hebammenhilfe werden auch Wöchnerinnen erreicht, die auf Grund sozialer und persönlicher Probleme besonders gefährdet sind (Mattern & Lange, 2012).

Auch in anderen Zusammenhängen ist die Vernetzung von Hebammenleistungen mit anderen Hilfsangeboten von wachsender Bedeutung. Hebammen werden zunehmend mit schweren beziehungsweise chronischen Erkrankungen der Frauen konfrontiert (Lange, 2015; Schmied & Bick, 2014). Ein Anstieg chronischer Erkrankungen bei Frauen in der reproduktiven Lebensphase ist auf die bessere medizinische Versorgung und damit gestiegene Fertilität sowie auf die größeren Überlebenschancen Betroffener zurückzuführen (Lange, 2015).

Die Ausführungen belegen ein komplexes Anforderungsprofil der Wochenbettbetreuung. Neben psychosozialen Unterstützungsleistungen liegen wichtige Schwerpunkte der Hebammenarbeit in der Gesundheitsförderung sowie in gesundheitsbezogenen Beratungs- und Betreuungsleistungen. Einige Potentiale im Bereich der Gesundheitsförderung bleiben aber noch ungenutzt. Die aufsuchende Versorgungsstruktur bei der ambulanten Hebammentätigkeit bietet die Möglichkeit, Handlungsabläufe entsprechend dem konkreten lebensweltlichen Zusammenhang der Frauen und Familien zu gestalten.

Qualitätsentwicklung in der Hebammenarbeit

Das Anforderungsprofil der heutigen Hebammenarbeit erfordert ein selbständiges, wissenschaftlich begründetes, reflektiertes Handeln (Bauer, 2015; Deutscher Hebammen-

verband, 2011a; Sayn-Wittgenstein, 2007; Zoege, 2004). Vorgaben für die Hebammenarbeit sind in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und in den Berufsordnungen festgelegt. Unklar ist jedoch, inwieweit neue empirische Erkenntnisse hier Eingang finden. Damit Hebammen den Anforderungen zukünftig gerecht werden können, bedarf es nach Ansicht der Deutschen Fachgesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) sowie des Deutschen Hebammenverbandes (DHV e.V.) einer Vollakademisierung der Hebammenausbildung. Verbunden damit ist eine Neuregelung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung inklusive erweiterter Qualifikationsziele für die hochschulische Ausbildung (Bauer, 2015; Deutscher Hebammenverband, 2015; Hellmers & Bauer, 2014).

Obwohl im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V Maßnahmen zur Qualitätssicherung für Hebammen gefordert werden, agieren Hebammen in ihrer Leistungserbringung laut einer Erhebung des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) weitestgehend frei (Albrecht et al., 2012). In Deutschland existieren anders als in anderen Ländern keine Leitlinien von Fachgesellschaften, die evidenzbasierte Leistungsstandards für Hebammentätigkeiten im Wochenbett definieren. Beispielsweise wird in Großbritannien die Wochenbettbetreuung im Rahmen der NICE-Leitlinien geregelt (National Institute for Health and Care Excellence, 2006).

Im Zuge der Umsetzung der geforderten Maßnahmen zur Qualitätssicherung haben sich in der jüngeren Vergangenheit in Deutschland erste Entwicklungen ergeben. 2007 wurde das erste bundesweite Qualitätsmanagement-(QM)-System für die Wochenbetreuung nach einer umfangreichen Klientinnen- und Hebammenbefragung etabliert (Stenz, 2010). Seit Anfang 2013 bietet der DHV e.V. ein QM-System an. Im gleichen Jahr haben bereits knapp 5.000 Hebammen das System des DHV e.V. oder ein anderes zertifizierbares QM-System eingeführt (Deutscher Hebammenverband, 2013a).

Die Forderung der Europäischen Region der WHO durch die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften eine integrierte, familienorientierte und gemeindenahe Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (WHO, 1999a), unterstützt das Bestreben, Gesundheitsleistungen in den ambulanten Sektor zu verlagern. Dieser nachvollziehbaren Forderung steht jedoch die derzeitige Ausbildungssituation gegenüber, die die Hebammen primär auf die Klinik und weniger auf das häusliche Umfeld und auf die Lebenswelt von Frau und Familie vorbereitet. Die derzeit gültige EU-Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen schreibt die Überwachung und Pflege einschließlich Untersuchung von mindestens 100 Wöchnerinnen und gesunden Neugeborenen im Rahmen der Ausbil-

dung vor (Amtsblatt der Europäischen Union, 2005, V.5.1). In welchem Umfang die für die Wochenbettbetreuung notwendigen Kompetenzen im ambulanten oder stationären Sektor erworben werden, ist weder in der EU-Richtlinie noch in den deutschen Gesetzen zur Hebammenausbildung festgeschrieben. Aufgrund der vorherrschenden Ausbildungsorganisation erlernen Auszubildende und Studierende die Wochenbettbetreuung vorrangig im klinischen Setting, in dem auch 98 Prozent aller Geburten stattfinden (QUAG e.V., 2016). Die frühe Entlassung der Wöchnerin in das häusliche Umfeld führt dazu, dass die Auszubildenden die Betreuung einer Frau im Wochenbett kaum über den dritten Tag nach der Geburt hinaus erleben. Daher wurde im Jahr 2013 das Hebammengesetz dahingehend geändert, dass eine außerklinische Ausbildung, das sogenannte Externat, bis zu einer Dauer von 480 Stunden festgeschrieben wurde (§ 6 Hebammengesetz). Fehlende Standards für die Praxisanleitung im ambulanten Sektor erschweren jedoch eine Überprüfung der externen Wahleinsätze und ihre Qualität. Somit sind Berufsanfängerinnen häufig mit häuslichen Versorgungsstrukturen konfrontiert, die sie nur begrenzt während der Ausbildung kennengelernt haben.

2.2.5 Versorgungsbedarf und Inanspruchnahme

Die Relevanz der Thematik dieser Forschungsarbeit wird nicht zuletzt durch die Zahl der Frauen, die einen Betreuungsbedarf haben und Hebammenleistungen in Anspruch nehmen sowie dem zur Verfügung stehenden Leistungsangebot von außerklinisch tätigen Hebammen abgebildet.

Versorgungsbedarf

Der Verantwortungsbereich der freiberuflich tätigen Hebamme beginnt nach einer Klinikgeburt in der Regel nach der Entlassung von Mutter und Kind. Durch die in den letzten 20 Jahren erfolgte Verkürzung der klinischen Verweildauer von Wöchnerinnen von ursprünglich sechs auf durchschnittlich drei Tage (OECD, 2016) findet die nachgeburtliche Versorgung von Mutter und Kind überwiegend im ambulanten Sektor statt. Aufgrund der steigenden Zahlen frühzeitig entlassener Wöchnerinnen und ihrer Kinder hat sich der Betreuungsbedarf verändert. Im Kontext der frühen Entlassung in einer vulnerablen Phase für Mutter und Kind ist eine möglichst nahtlose Anschlussbetreuung angezeigt. Amtliche Angaben über Betreuungsleistungen nach der Geburt liegen nicht vor. Wenn zugrunde gelegt wird, dass im Jahr 2015 insgesamt 730.800 Kinder in Krankenhäusern geboren wurden (Statistisches Bundesamt, 2015b) und eine häusliche

Wochenbettbetreuung geschätzt von 95 Prozent der Mütter in Anspruch genommen wird (Schwarz, 2009), ist deutschlandweit von 695.000 Betreuungsfällen auszugehen. Darin eingeschlossen sind auch Betreuungsbedarfe nach ambulanten Geburten, bei denen Mutter und Kind in den ersten 24 Stunden nach der Geburt entlassen werden. Während nach einer Klinikgeburt mit normaler Verweildauer nicht alle Frauen eine ambulante Hebammenbetreuung in Anspruch nehmen, ist die Wochenbettbetreuung nach einer ambulanten Geburt obligatorisch. Ebenso nach einer außerklinischen Geburt, bei der die Hebamme direkt im Anschluss für das Wohlergehen von Mutter und Kind zuständig ist. Lag der Anteil der außerklinischen Geburten 2015 bei 1,29 Prozent (QUAG e.V., 2016), entspricht dies zusätzlich 9.562 Betreuungsfällen und somit insgesamt rund 705.000 Betreuungsfällen in einem Jahr.

Die Zahlen machen deutlich, dass eine kontinuierliche Erfassung der Versorgungsleistungen durch Hebammen eine wichtige Grundlage für die Vorhaltung einer bedarfsgerechten Versorgung von Frauen und ihren Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit bilden kann (Sayn-Wittgenstein & Schäfers, 2009). Da es keine offizielle Statistik zur Anzahl freiberuflicher, außerklinisch tätiger Hebammen und deren Leistungsumfang gibt, werden regionale und bundesweite Datenerhebungen zur Rekonstruktion der Versorgung mit Hebammenleistungen herangezogen. Neben direkten Befragungen von Nutzerinnen und Leistungserbringerinnen werden oftmals auch die Abrechnungsdaten der Hebammen mit den Krankenkassen genutzt, um Erkenntnisse über die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen im ambulanten Bereich zu erhalten.

Auch in der vom IGES durchgeführten bundesweiten Datenerhebung zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe liegen keine Daten über die Inanspruchnahme der Wochenbettbetreuung durch Frauen und Familien vor. Die erhobenen Daten zeigen aber, dass die Wochenbettbetreuung zu der am häufigsten angebotene Leistung von freiberuflich tätigen Hebammen gehört (Albrecht et al., 2012). Damit werden Ergebnisse regionaler Erhebungen bestätigt (Sayn-Wittgenstein & Schäfers, 2009; Stahl, 2007). Es zeigt sich, dass sich die Versorgungslage regional sehr unterschiedlich darstellt. So lassen sich Regionen identifizieren, die bezogen auf das Angebot von Hebammen unter- bzw. überversorgt sind (Albrecht et al., 2012). Der DHV e.V. stellte bereits 2011 fest, dass eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenleistungen nicht mehr sichergestellt werden kann. Eine Versorgungslücke besteht pri-

mär in ländlichen Regionen, in den neuen Bundesländern und in grenznahen Gebieten (Deutscher Hebammenverband, 2011b). Laut der IGES-Studie scheint eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung zwar in weiten Teilen Deutschlands gewährleistet zu sein, dennoch wurden auch in dieser Analyse einige Regionen ermittelt, die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt eine unterdurchschnittliche Versorgungslage aufwiesen bzw. in denen Hebammen, um den Mangel auszugleichen, überdurchschnittlich viele Leistungen erbrachten (Albrecht et al., 2012). Die Ergebnisse einer Hamburger Versorgungsstudie, verweisen auf einen Trend zu einer höheren Versorgungsdichte in sozial besser gestellten Stadtteilen (Stahl, 2007). Daraus ergibt sich für die Wochenbettbetreuung die Frage, wie das Leistungsangebot unabhängig von regionalen Sozialstrukturen und flächendeckend für alle Nutzerinnengruppen ausgebaut werden kann.

Angebot und Inanspruchnahme von Hebammenleistungen

Obgleich sich die Anzahl und der Anteil der freiberuflich tätigen Hebammen an der Gesamtzahl der Hebammen in den letzten Jahren erhöht haben, übersteigt die Nachfrage oftmals die zur Verfügung stehende Arbeitskapazität. In der IGES-Studie gaben rund 70 Prozent der befragten Hebammen an, dass sie deutlich mehr Anfragen erhalten, als sie annehmen können (Albrecht et al., 2012). Von den Hebammen, die 2009 freiberuflich tätig waren, berichtete über die Hälfte von einem Anstieg bzw. einem starken Anstieg ihrer Arbeitszeit (ebd.). Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Hamburger Versorgungsstudie, bei der 49 Prozent der freiberuflich tätigen Hebammen angaben, dass die Zahl der Anfragen nach Wochenbettbetreuung ihre verfügbaren Kapazitäten übersteigt (Stahl, 2007).

Die steigende Nachfrage nach ambulanten Hebammenleistungen muss auch unter Berücksichtigung des Inanspruchnahmeverhaltens der Frauen betrachtet werden. Grundsätzlich nimmt ein Großteil der Frauen eine Wochenbettbetreuung in Anspruch. In der Studie von Schwarz (2009), lag der Anteil bei ca. 95 Prozent [N=165]; in der Hamburger Versorgungsstudie waren es dagegen nur 44 Prozent [N=16.000] (Stahl, 2007). Dieser Unterschied beruht auf den unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten der Studien und verweist einmal mehr auf die unzureichende Datenlage zur Versorgung mit Hebammenleistungen. Während in der erstgenannten Studie Frauen direkt befragt wurden (Schwarz, 2009), leitete Stahl (2007) ihre Ergebnisse aus einer Befragung von Hamburger Hebammen zur Anzahl der Lebendgeburten ab. Aufgrund der Rücklaufquote von

55,4 Prozent ist davon auszugehen, dass die reale Inanspruchnahme von Hebammenleistungen deutlich höher lag (Stahl, 2007).

In vielen Diskussionen über Angebot und Nachfrage von Hebammenleistungen wird eine fehlende Ausnutzung des theoretisch möglichen gesamten Betreuungszeitraums inklusive der Beratungsmöglichkeiten während der Stillzeit thematisiert. Die Anzahl der möglichen Wochenbettbesuche wird meist nicht vollständig in den ersten acht Wochen in Anspruch genommen (BMFSFJ, 2009; Schwarz, 2010). Die Ergebnisse einer regionalen, in zwei Bundesländern durchgeführten Studie belegen, dass 29 Prozent der Frauen bereits drei bis vier Wochen nach der Geburt den letzten Wochenbettbesuch hatten (Schwarz, 2010). Obwohl die Vergütungsvereinbarung deutlich mehr Besuche vorsieht, absolvieren Hebammen in den ersten acht Wochen durchschnittlich zehn Wochenbettbesuche pro Nutzerin (Grieshop, 2013). Auch eine mögliche verlängerte Betreuung über die ersten acht Wochen hinaus wird nur selten in Anspruch genommen. Lediglich acht Prozent der Frauen werden nach acht Wochen noch von einer Hebamme besucht (Schwarz, 2010). Diese Ergebnisse decken sich nicht mit dem seitens der Nutzerinnen geäußerten Bedarf. So hätten sich 17 Prozent der Frauen mehr Wochenbettbesuche (Schwarz, 2010) und 16 Prozent längere Besuche durch die Hebamme (Deutscher Hebammenverband, 2013b) gewünscht. Diese Diskrepanz beruht möglicherweise auf der regional unausgeglichene Versorgungslage. In unterversorgten Regionen stehen Hebammen häufig vor der Entscheidung, ob sie entweder eine begrenzte Zahl von Frauen über einen angemessen langen Zeitraum betreuen oder mehr Frauen mit einem eingeschränkten Leistungsspektrum versorgen.

2.2.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Das Wochenbett dient der körperlichen und psychischen Erholung von der Schwangerschaft und der Geburt sowie einer Neuorientierung der Familie. Der Wandel der Wochenbettbetreuung und das Handlungsfeld von Hebammen in den letzten 150 Jahren wurde von gesellschaftlichen Einflüssen, dem medizinischen Fortschritt, ökonomischen und gesundheitspolitischen Entscheidungen, aber auch durch den individuellen Bedarf von Frauen und Familien geprägt. Diese Entwicklungen haben – deutlich erkennbar – nicht immer zu einer Stärkung des Hebammenberufes geführt. Das Aufgabenspektrum der Hebammen wurde jeweils veränderten Anforderungen angepasst. Im Zuge der Hospitalisierung der Geburten und der Dominanz einer medizinischen Sichtweise entwickelte sich die Hebammenarbeit im häuslichen Wochenbett in einer Zeit, in der hygieni-

sche und pflegerische Aufgaben bei Mutter und Kind im Vordergrund standen. Heute hat das Wochenbett einen zunehmend lebensweltlichen Bezug. Die Begleitung, Betreuung und Beratung zu Fragen rund um die neue Lebenssituation als Familie stehen neben der gesundheitlichen Versorgungsleistung im Vordergrund.

Obwohl es keine vollständige statistische Erfassung der Versorgungsleistungen durch Hebammen in Deutschland gibt, kann aufgrund aktueller Studien davon ausgegangen werden, dass die Nachfrage an Wochenbettbetreuung derzeit die Arbeitskapazitäten der Hebammen übersteigt. Aktuell existieren für die ambulante Wochenbettbetreuung kaum inhaltliche Vorgaben. Die Standardbetreuung ist nur mäßig definiert. Neuere Anforderungen an das Versorgungsspektrum werden lediglich in aktuellen Forschungsarbeiten, nicht aber in Betreuungskonzepten formuliert, die Eingang in die Ausbildung von Hebammen finden. Dies führt dazu, dass die Potentiale der Hebammenarbeit im Wochenbett nicht vollständig ausgeschöpft werden. Neben einer fehlenden Ausnutzung des gesamten Betreuungszeitraums, bleiben auch Potentiale im Bereich der Gesundheitsförderung ungenutzt. Um den neuen Anforderungen im Handlungsfeld gerecht zu werden, bedarf es einer aktiven Weiterentwicklung der Kenntnisse und der Kompetenzen von Hebammen sowie einer Auseinandersetzung mit der Qualität ihrer Arbeit. Dazu soll die vorliegende Forschungsarbeit einen Beitrag leisten.

2.3 Gesundheits- und Versorgungsparameter der Wochenbettbetreuung

Die Wochenbettbetreuung variiert in verschiedenen Ländern hinsichtlich der Verweildauer in der Klinik (OECD, 2016), der versorgenden Gesundheitsberufe, der Länge des Betreuungszeitraums, dem Ort der Betreuung sowie prinzipiell auch hinsichtlich des Inhalts und der Qualität (Bull, McCormick, Swann & Mulvihill, 2004; European Midwives Association, 2010; Schmied & Bick, 2014). Ebenso wie in Deutschland hat sich auch in anderen Ländern die klinische Verweildauer von Mutter und Kind nach der Geburt in den vergangenen Jahren deutlich verkürzt (OECD, 2016). Die Verlagerung der frühen postpartalen Phase in den ambulanten Sektor wirft Fragen für die Versorgungsgestaltung auf. Nach der Klinikentlassung wird die Versorgung von Mutter und Kind im ambulanten Sektor in verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Strukturen weitergeführt. In Großbritannien gibt es traditionell eine flächendeckende postpartale Versorgung für alle Frauen. Aktuell versuchen auch Irland und Australien ihre Versorgungsmodelle dem britischen System anzugleichen (Walsh, 2010, S. 278). Allerdings

wird das Wochenbett in Großbritannien im Vergleich anders als die Versorgung in anderen geburtshilflichen Bereichen von den Hebammen oft abschätziger bewertet und als „*Cinderella-Service*“ bezeichnet (Bick & Bastos, 2012; Byrom, Edwards & Bick, 2010). In einigen Ländern Europas ist die postpartale Hebammenbetreuung ausschließlich im klinischen Setting möglich und endet mit der Entlassung aus dem Krankenhaus (European Midwives Association, 2010).

Ziel dieses Kapitels ist es, die Wochenbettbetreuung durch Hebammen aus einer erweiterten Perspektive zu betrachten. Neben der Beleuchtung zeitlicher Parameter, wie der Frequenz und der Länge ambulanter postpartaler Besuchskonzepte sowie deren Effektivität in Bezug auf das mütterliche und kindliche Wohlbefinden, werden auch gesundheitliche Parameter von Mutter und Kind beschrieben. Dies erfolgt in Ergänzung der Sicht der Nutzerinnenperspektive auf die Betreuungsangebote.

2.3.1 Frequenz und Länge der Hausbesuche

International variierende rechtliche Vorgaben sowie Erwartungen zum zeitlichen Rahmen der Hausbesuchsfrequenz erschweren die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen zur Bestimmung einer angemessenen Anzahl an Hausbesuchen (Dixon, 2006).

Die globale Empfehlung der WHO beinhaltet mindestens vier Wochenbettbesuche nach der Geburt. Unabhängig davon, ob das Kind im klinischen oder häuslichen Setting geboren wurde, sollte der erste postpartale Kontakt, möglichst früh innerhalb der ersten 24 Stunden erfolgen. Weitere Hausbesuche werden jeweils für den dritten Lebenstag, zwischen dem siebten und 14. Lebenstag sowie nach sechs Wochen empfohlen (WHO, 2013). Diese Empfehlungen sind als Mindestforderungen zu verstehen und richten sich primär an Länder mit beschränkten Ressourcen und geringem oder mittlerem Einkommen. Aufgrund der mangelnden Studienlage zur optimalen Anzahl und zum günstigsten Zeitpunkt von Hausbesuchen basieren die Empfehlungen der WHO auf epidemiologischen Studien zur neonatalen Mortalitäts- und Morbiditätsrate und zu Interventionen zur Verbesserung der neonatalen Mortalitätsrate. Die Empfehlungen zur Anzahl und zum Zeitpunkt von Hausbesuchen weisen ein mittleres Evidenzlevel für Neugeborene und ein geringes Evidenzlevel für Mütter auf (WHO, 2013).

In einigen Studien werden Effekte der Wochenbettbetreuung von Hebammen oder anderen Gesundheitsprofessionen im Zusammenhang mit der Anzahl und der Häufigkeit von Hausbesuchen nach der Geburt untersucht (Jirojwong, Rossi, Walker & Ritchie, 2005;

Yonemoto, Dowswell, Nagai & Mori, 2013). Yonemoto et al. (2013) fanden in einem Cochrane-Review keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Hausbesuche und der maternalen bzw. neonatalen Mortalitätsrate im Frühwochenbett. Eine zunehmende Besuchsfrequenz führte zu keiner Verbesserung der körperlichen und psychischen mütterlichen Gesundheit. Bei den Neugeborenen konnte mit zunehmender Anzahl der Hausbesuche eine reduzierte Inanspruchnahme medizinischer Notfallversorgung nachgewiesen werden. Außerdem schien eine gesteigerte Hausbesuchsintensität die Frauen zu ermutigen, ausschließlich zu stillen und deren Zufriedenheit mit der Wochenbettversorgung zu erhöhen. Die Autoren wiesen auf Widersprüchlichkeiten in den Datensätzen hin und erklärten diese mit der Heterogenität der inkludierten klinischen Studien. Sie empfahlen die Häufigkeit, den Zeitpunkt sowie die Dauer und Intensität der Hausbesuche an individuelle Bedürfnisse anzupassen (Yonemoto et al., 2013). In einer kleineren australischen Querschnittsstudie (N=210) waren Frauen, mit einer höheren Anzahl an Hausbesuchen weniger sicher in der Ausübung ihrer mütterlichen Rolle als Frauen, die weniger häufig besucht wurden. Ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Hausbesuche und dem Auftreten von Depressionen, gemessen mit dem Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), wurde nicht gefunden (Jirojwong et al., 2005).

Die Wahl des Zeitpunktes für das Betreuungsende von sechs bis acht Wochen nach der Geburt ist nicht evidenzbasiert (Bick & Bastos, 2012). Entgegen einer lange verbreiteten Annahme, dass das mütterliche Wohlbefinden zum Ende des Wochenbetts wiederhergestellt ist, belegen inzwischen viele Studien, dass Frauen weit über die Wochenbettphase hinaus gesundheitliche Einschränkungen erleben. Grieshop (2013) wirft daher die Frage auf, ob die Beschränkung des Wochenbettes und der Wochenbettbetreuung durch Hebammen auf einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen post partum seine Berechtigung hat. Eine deutsche Längsschnittstudie zum Gesundheitsverhalten von Müttern nach der Geburt zeigte erste Hinweise auf einen positiven Effekt einer verlängerten Wochenbettbetreuung. Frauen, die eine sechsmonatige Betreuung durch eine Hebamme erhielten, zeigten signifikante Verbesserungen ihrer somatischen und psychischen Gesundheit, ihrer subjektiven Gesundheitseinschätzung sowie ihrer Belastung durch Stress. Allerdings waren die Veränderungen abhängig vom Alter der Mutter, ihrer Parität und einer festen Partnerschaft. Eine Verbesserung der psychischen Gesundheit ließ sich beispielsweise nur bei Erstgebärenden feststellen (Grieshop, 2013, S. 167). Die gesundheitlichen Befunde und die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen jenseits der achten Woche nach der Geburt unterstützen die Hypothese, dass die Wochenbettphase

nicht acht Wochen post partum abgeschlossen ist. Daher sollten interdisziplinär und unter Einbezug der Nutzerinnenperspektive, Kriterien entwickelt werden, die geeignet sind, einen Endpunkt der Wochenbettphase zu bestimmen (Grieshop, 2013, S. 181). Andere Autoren plädieren dafür, den Zeitraum der gesundheitlichen Versorgung auf das erste Jahr nach der Geburt auszudehnen (Walker & Wilging, 2000, S. 233).

2.3.2 Wirksamkeit der häuslichen Wochenbettbetreuung

Die Effektivität der häuslichen Wochenbettbetreuung durch Hebammen im Zusammenhang mit dem mütterlichen und kindlichen Wohlbefinden, dem Stillprozess sowie dem Erleben der Elternschaft wird in einigen Studien untersucht. Nachfolgend werden besonders für den deutschen Versorgungskontext relevante, auf die Berufsgruppe der Hebammen bezogene Studienergebnisse zusammenfassend dargestellt.

MacArthur et al. (2002; 2003) konnten in randomisierten kontrollierten Studien positive Effekte einer Hebammengeleiteten Wochenbettbetreuung nachweisen. Frauen, die eine zeitlich ausgeweitete und auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Hebammengeleitete Wochenbettbetreuung erhielten (Interventionsgruppe, N=1.087), wiesen vier und 12 Monate nach der Geburt bessere psychische Gesundheitsparameter auf als Frauen, die ausschließlich innerhalb der ersten 14 Tage nach der Geburt durch Hebammen versorgt wurden (Kontrollgruppe, N=977) (MacArthur et al., 2002; 2003). Die Frauen der Interventionsgruppe wurden innerhalb der ersten vier Wochen post partum individuell und bedürfnisgerecht, mit einem Fokus auf die Identifikation und das Management gesundheitlicher Probleme durch Hebammen besucht. Im Zeitintervall von zehn bis 12 Wochen post partum erfolgte eine Abschlussuntersuchung durch die betreuende Hebamme. Der mütterliche Gesundheitszustand wurde systematisch, mithilfe von Symptom-Checklisten, dem EPDS sowie evidenzbasierten Richtlinien eingeschätzt und dokumentiert. Eine ärztliche Konsultation erfolgte nicht routinemäßig, sondern nur nach Bedarf.

Zum Zeitpunkt von vier Monaten post partum wiesen Frauen der Interventionsgruppe eine, bezogen auf die psychische Summenskala des Short Form (36-Items) Gesundheitsfragebogens (SF-36), signifikant höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität (Mental Health Component Summary Score (MCS) Effekt 4,31 [95% Konfidenzintervall (KI) 2,50–6,12]) und ein geringeres Risiko für eine Depression auf (EPDS \geq 13, Effekt 0,47 [95% KI 0,31–0,76]) auf. Die Berechnung erfolgte nach Adjustierung verschiedener Parameter, wie das Alter der Mutter und der Parität. Bezogen auf körperliche gesundheitliche Parameter im Rahmen der physischen Summenskala zeigte sich kein Unter-

schied zur Kontrollgruppe (Physical Health Component Summary Score (PCS) Effekt -0,80 [KI 95% -2,32–0,72]). Jedoch waren Frauen in der Interventionsgruppe hinsichtlich der gemeinsamen Planung der Besuche, der Diskussion ihrer gesundheitlichen Probleme sowie der Qualität der Betreuung zufriedener (MacArthur et al., 2002; 2003).

Auch nach 12 Monaten zeigten sich in den Studien von MacArthur et al. (2002; 2003) signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bezüglich der psychischen Summenskala des SF-36 (MCS Effekt 3,13 [KI 95% 1,46–4,80]) sowie des Risikos für eine Depression (EPDS ≥ 13 , Effekt 0,34 [KI 95% 0,21–0,54]). In der physischen Summenskala ergab sich erneut kein Unterschied zur Kontrollgruppe (PCS Effekt 0,09 [KI 95% -1,29–1,47]). Insgesamt nahmen die Frauen der Interventionsgruppe seltener allgemeinärztliche Konsultationen in Anspruch; in Bezug auf fachärztliche Konsultationen zeigte sich kein Unterschied. Die Hebammen der Interventionsgruppe waren zufriedener mit ihrer Betreuung. Die Autoren schlussfolgern aus den Ergebnissen, dass eine flexible, bedürfnisgerechte Hebammenbetreuung dazu beitragen kann, die mütterliche psychische Gesundheit zu verbessern und das Auftreten von Depressionen nach der Geburt eines Kindes zu verringern (MacArthur et al., 2003). Die Befunde stehen im Einklang mit den Ergebnissen einer Metaanalyse, in der die Wirksamkeit verschiedener psychologischer und psychosozialer Interventionen im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung zur Prävention postpartaler Depressionen analysiert wurden (Dennis & Dowswell, 2013).

Bick (2003) analysierte verschiedene Studien zur Rolle der Hebammenbetreuung bei der Verbesserung der postpartalen psychischen Gesundheit der Mutter. Während die Hebammengeleitete Wochenbettversorgung in der Studie von MacArthur et al. (2002; 2003) die psychischen Gesundheitsparameter der Mutter verbesserte, hatten zusätzliche, die Routineversorgung unterstützende Interventionen, wie Besuche durch sogenannte Support Worker oder ein separates Informationspaket, jeweils keinen positiven Effekt. Die Datenlagen zur Wirksamkeit von Nachgesprächen zwischen Hebamme und Frau zur Reflexion des Geburtserlebens ist uneinheitlich (Bick, 2003). Auch zwei systematische Reviews fanden variable Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Hebammengeleiteten Interventionen, wie Beratungsgespräche, Eltern-Schulungs-Programme und Reflexionsgespräche zu Geburtserfahrungen, und einer Verbesserung der psychischen Gesundheit (Alderdice, McNeill & Lynn, 2013; Borg Cunen, McNeill & Murray, 2014). Einige Autorinnen und Autoren kommen zu dem Schluss, dass Hebammen bei der Iden-

tifizierung und Unterstützung von Frauen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychischer Gesundheitsprobleme eine wichtige Funktion einnehmen. In diesem Kontext spielen primär nicht-direktive Gespräche zur Aufarbeitung der Geburtserfahrungen mit den Frauen sowie koordinierende Funktionen bei der Weiterleitung der Frauen in fachärztliche Behandlung eine Rolle (Borg Cunen et al., 2014). Bislang fehlt es jedoch an einer Definition und einer theoretischen Fundierung für Nachgespräche zur Reflexion des Geburtserlebens (Baxter, McCourt & Jarrett, 2014; Bick, 2003). Allgemein werden solche Gespräche von Wöchnerinnen positiv bewertet (Baxter et al., 2014, S. 199). Neben einem starken Bedürfnis über das Erlebte mit ihrer Hebamme zu sprechen, sehen Frauen den Nutzen vor allem darin, unbeantwortete Fragen zu klären und weitere Informationen zu erhalten (ebd.).

Shaw Levitt, Wong und Kaczorowski (2006) zeigten, dass in den Studien nachgeburtliche Versorgungs- und Unterstützungsangebote nicht einheitlich operationalisiert sind und die Berufsgruppe der Hebammen nicht immer integriert wird. In acht von 22 Studien ihres Reviews wurden Auswirkungen verschiedener Interventionen, wie Hausbesuche durch eine Pflegeperson oder eine Hebamme, telefonische Beratungen sowie Besuche einer kinderärztlichen Praxis, hinsichtlich einer Steigerung der Elternkompetenz untersucht (Shaw, Levitt, Wong & Kaczorowski, 2006). Vereinzelte Interventionen zeigten ausschließlich in Risikogruppen, z.B. bei Erstgebärenden mit niedrigem Einkommen, Frauen aus schwierigem sozialem Umfeld, positive Effekte. In 15 Studien wurde der Zusammenhang postpartaler Interventionen mit einer Verbesserung der mütterlichen Gesundheit und Lebensqualität analysiert. Zu den betrachteten Interventionen gehörten die Bereitstellung eines Selbsthilfe-Manuals, Gruppenunterstützung, telefonische Beratung, ein früher Kontakt zu Allgemeinärztinnen oder -ärzten, eine Einzelberatung durch eine Hebamme zum Nachbesprechen des Geburtserlebens, häusliche Unterstützung durch Wochenbettpflegerinnen, Pflegepersonen oder Hebammen. Dabei konnte nur in der bereits beschriebenen Studie von Mac Arthur et al. (2002; 2003) ein positiver Effekt einer Hebammengeleiteten Wochenbettbetreuung auf die psychische Gesundheit nachgewiesen werden (Shaw et al., 2006).

In ihrem Literaturreview untersuchten Bull et al. (2004) ebenfalls Effekte verschiedener ante- und postpartaler Hausbesuchsprogramme. Die Autorinnen fanden positive Effekte hinsichtlich der Übernahme der Elternschaft, bei kindlichen Verhaltensproblemen, bei der kognitiven Entwicklung besonders von Früh- und hypotrophen Neugeborenen, bei

der Zahl der kindlichen Unfallverletzungen, bei der Identifizierung und dem Management mütterlicher postpartaler Depressionen sowie bei den Stillraten (Bull et al., 2004). Da einige der inkludierten Studien entweder Besuchsprogramme bei Risiko- und sozial benachteiligten Gruppen, oder präventive Maßnahmen zur Kindesvernachlässigung analysierten, lassen sich die Ergebnisse jedoch nur bedingt auf die Routineversorgung von Wöchnerinnen durch Hebammen übertragen.

Obwohl die Wirksamkeit aufsuchender, professioneller Unterstützung auf den Stillprozess belegt ist (Bull et al., 2004; Hannula, Kaunonen & Tarkka, 2008), konnte eine randomisierte kontrollierte Studie (N=849) aus Australien keinen Effekt einer verlängerten Hebammenbetreuung auf die Stlldauer nachweisen. In der Interventionsgruppe mit ausgeweiteter Hebammenbetreuung wurden sechs Wochen nach der Geburt 43 Prozent der Kinder und in der Kontrollgruppe mit Standardhebammenbetreuung 42 Prozent der Kinder voll gestillt (Relatives Risiko (RR) 1,02 KI 95% 0,87–1,19). Auch der Anteil der Mütter, die anteilig stillten, war in beiden Gruppen in etwa gleich groß. Als mögliche Ursache für diese Befunde werteten die Forscher die initial sehr hohe Stillmotivation beider Studiengruppen (McDonald, Henderson, Faulkner, Evans & Hagan, 2010). Möglicherweise spielte aber auch die Tatsache eine Rolle, dass es sich bei der erweiterten Hebammenbetreuung nicht um eine individuelle bedürfnisorientierte Betreuung durch eine zuständige Hebamme handelte. Vielmehr wurden die Frauen der Interventionsgruppe von verschiedenen Hebammen nach einem festgelegten Protokoll kontaktiert. Bull et. al (2004) kamen zu dem Schluss, dass die Untersuchung von Interventionseffekten in der Wochenbettbetreuung vielschichtig und schwierig ist:

Home visiting and its impact are highly complex and relational, and almost impossible to fully capture in terms of quality and statistical outcomes alone. Public health priorities often do not 'fit' easily into these types of study designs. (Bull et al., 2004, S. 6)

In vielen Studien wird die Effektivität der Interventionen mit nachweisbaren, beabsichtigten Wirkungen, meist anhand von quantitativen Ergebnissen gemessen. Vor dem Hintergrund der heterogenen Studienlage zur Effektivität der Wochenbettbetreuung sowie variierender postpartaler Unterstützungsprogramme, kann hinterfragt werden, ob und inwieweit die derzeitige Datenlage die Wirksamkeit von Betreuungsaspekten hinreichend erfasst. Qualitative Analysen könnten zusätzliche signifikante Aspekte zur Wirksamkeit der Wochenbettbetreuung liefern. Einige Autoren und Autorinnen empfehlen zusätzlich zu den üblichen Erfolgsparametern, wie die Art der Ernährung des Kindes

zu einem bestimmten Zeitpunkt, vermehrt qualitative Elemente der Betreuung zu erfassen. Insbesondere die bestärkenden und unterstützenden Elemente der Hebammenarbeit und ein Zeitrahmen, der es ermöglicht, ausreichend mit der Frau zu reden, können sich positiv auf das mütterliche Wohlbefinden ausüben (Schmied & Bick, 2014).

2.3.3 Gesundheit von Frauen nach der Geburt

Bei der Lebensphase Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit handelt es sich in der Regel primär um einen physiologischen Prozess im Leben einer Frau (Sayn-Wittgenstein, 2007, S. 184). Dennoch belegen viele Studien, dass die physische und psychische Gesundheit der Frau bis zu einem Jahr nach der Geburt beeinträchtigt sein kann (Bauer, 2011; Brown & Lumley, 1998; MacArthur et al., 2002; 2003; Schäfers, 2011; Schytt, Lindmark & Waldenström, 2005; Webb et al., 2008). Acht Wochen nach der Geburt geben 70 bis 85 Prozent der Mütter körperliche Beschwerden an (Bauer, 2011; Schäfers, 2011). Neben Harnwegsinfektionen, Problemen beim Wasserlassen, Harn- und Stuhlinkontinenz, Verstopfungen, Schmerzen im Dammbereich und Hämorrhoiden sind die am häufigsten auftretenden gesundheitlichen Probleme Kopf- und Rückenschmerzen sowie extreme Erschöpfungszustände (Bauer, 2011; Brown & Lumley, 1998; Schäfers, 2011; Schytt et al., 2005; Webb et al., 2008). Obwohl die Beschwerden nicht lebensbedrohlich sind, können einige den Lebensstil und familiäre Beziehungen von Frauen beeinflussen (Bick, 2010, S. 30). Auch neun bis 12 Monate nach der Geburt ihres Kindes berichten mehr als zwei Drittel der Frauen über mindestens ein körperliches gesundheitliches Problem (Webb et al., 2008). Ein Jahr nach der Geburt geben viele Frauen anhaltende Beschwerden, wie Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und Müdigkeit (20%), Stress-Inkontinenz (12%) und Hämorrhoiden (10%) an (MacArthur et al., 2003). Mit zunehmendem zeitlichen Abstand zur Geburt empfinden viele Frauen sogar eine Verschlechterung dieser allgemeinen Beschwerden (Schäfers, 2011; Schytt et al., 2005). Mehrgebärende sind von einer Verschlechterung der körperlichen Symptome häufiger betroffen als Erstgebärende (Schäfers, 2011).

Trotz der anhaltenden gesundheitlichen Probleme über den Zeitraum des Wochenbetts hinaus nehmen die meisten Frauen keine medizinische Versorgung in Anspruch (Bastos & McCourt, 2010, S. 116). Dabei haben sie eigentlich das Gefühl, medizinischen Rat und Hilfestellung zu benötigen (Brown & Lumley, 1998). Auffällig ist, dass entgegen der objektiven Befunde, die Mehrheit der Frauen ihre subjektive Gesundheit acht Wochen nach der Geburt sehr gut oder gut einschätzt (Schäfers, 2011; Schytt et al., 2005).

Möglicherweise bewerten Frauen bestimmte körperliche Symptome nach der Geburt als eine normale Konsequenz der Schwangerschaft und der Geburt (Grieshop, Hellmers & Sayn-Wittgenstein, 2013; Schytt et al., 2005). Damit könnte für die Zunahme der gesundheitlichen Beschwerden innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt entweder eine tatsächliche Verschlechterung der körperlichen Symptome oder eine gleichbleibende Symptomatik, die mit zunehmendem Abstand von der Geburt als weniger normal empfundenen wird, ursächlich sein (Schytt et al., 2005).

Zusätzlich zu somatischen Gesundheitsproblemen nach der Geburt ist eine Zunahme psychischer Probleme zu beobachten (Bastos & McCourt, 2010, S. 116). Im ersten Jahr nach der Geburt leiden ca. 25 Prozent der Mütter unter depressiven Verstimmungen (Collatz, 2008, S. 141). 12 Monate nach der Geburt äußern 12 bis 35 Prozent der Frauen depressive Beschwerden (MacArthur et al., 2003). Anhaltende psychische Beschwerden sind mit einer schlechteren somatischen Gesundheit assoziiert. Brown und Lumley (2000) fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Auftreten depressiver Symptome ($EPDS \geq 13$) nach sechs bis sieben Monaten post partum und körperlichen gesundheitlichen Problemen, wie Müdigkeit (Odds-Ratio (OR) 3,42 [KI 95% 2,2–5,3]), Harninkontinenz (OR 2,23 [KI 95% 1,5–3,4]), Rückenschmerzen (OR 2,2 [KI 95% 1,6–3,0]) oder sexuelle Probleme (OR 2,16 [KI 95% 1,6–3,0]). Gleichzeitig stellten sie fest, dass besonders Müdigkeit und Harninkontinenz mit einem geringeren Level des emotionalen Wohlbefindens einherging. Brown und Lumley (2000) empfehlen daher im ersten Jahr nach der Geburt, sowohl die psychische Gesundheit von Frauen mit körperlichen Beschwerden als auch die körperlichen Beschwerden bei Frauen mit depressiven Verstimmungen zu beobachten.

Die Inzidenz mütterlicher postpartaler Beschwerden wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Aktuell steigt die Anzahl der Gebärenden mit präexistenten chronischen Erkrankungen (Lange, 2015). Zudem wird die postpartale mütterliche Morbidität auch durch medizinische Interventionen während der Geburt beeinflusst. Kaiserschnitte, schwere perineale Geburtsverletzungen, atonische Nachblutungen sowie die Auswirkungen einer Periduralanästhesie beeinträchtigen das gesundheitliche Wohlergehen der Mutter im Wochenbett und darüber hinaus (Schäfers, 2011; Schmied & Bick, 2014). Die gesundheitlichen Beschwerden können sich für Risikogruppen, das heißt bei Frauen mit zusätzlichen Erkrankungen, einschließlich psychischer und sozialer Probleme, verschärfen (Schmied et al., 2013). Dies gilt auch für Mütter in schwierigen Lebenssituati-

onen, vor allem für Frauen mit kulturell divergierenden oder geringen Bildungshintergründen, die oft weniger gut gesundheitlich versorgt sind (Biro, Yelland, Sutherland & Brown, 2012; Collatz, 2008; Schmied & Bick, 2014).

2.3.4 Gesundheit von Kindern

In Deutschland werden derzeit jährlich rund 700.000 Kinder geboren (Statistisches Bundesamt, 2016a). Die meisten von ihnen kommen als gesunde, reife Neugeborene in einem Krankenhaus zur Welt. Daher zählt die Geburt eines gesunden Neugeborenen zur häufigsten Hauptdiagnose stationärer Behandlungsfälle (Statistisches Bundesamt, 2015a).

Nach einer Klinikgeburt werden gesunde Neugeborene in der Regel bereits am dritten Lebenstag entlassen (OECD, 2016). In einigen Studien wird auf den Zusammenhang zwischen der Länge des stationären Aufenthaltes von Mutter und Kind nach der Geburt und der Wiederaufnahmerate des Neugeborenen in die Klinik verwiesen. Dabei wird eine Entlassung vor dem zweiten oder dritten Lebenstag ohne eine ambulante Anschlussversorgung oft mit einer erhöhten kindlichen Morbidität assoziiert (Boubred et al., 2016; Ellberg et al., 2008; Hall et al., 2000; Liu et al., 2000). Die häufigsten Gründe, die zur Wiederaufnahme führen sind Neugeborenenengelbsucht, Dehydration/Fütterungsprobleme und Infektionen (Boubred et al., 2016; Datar & Sood, 2006; Ellberg et al., 2008). Zur Prävention stationärer Wiederaufnahmeraten empfehlen Boubred et al. (2016) nach der Klinikentlassung eine zeitnahe Anschlussuntersuchung noch in der ersten Lebenswoche des Kindes. Goulet et al. (2014) kommen zu dem Ergebnis, dass mit der Weitergabe ausführlicher Informationen an die Eltern sowie einer intensiven Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung Wiederaufnahmeraten im Zusammenhang mit einer Neugeborenenengelbsucht reduziert werden können.

Säuglinge und Kleinkinder sind besonders vulnerabel und existenziell darauf angewiesen, dass ihre körperlichen und psychischen Grundbedürfnisse erfüllt werden (Pott, Fillinger & Paul, 2010). Positive und negative Faktoren während der frühen Entwicklung haben einen besonders ausgeprägten und langandauernden Effekt auf die Gesundheit (Entringer, Buss & Heim, 2016). Eltern üben einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit und Entwicklung ihrer Kinder aus. Aber auch Fachkräfte sowie Bezugs- und Betreuungspersonen der Familien spielen eine entscheidende Rolle im Hinblick auf das Wohlergehen der Kinder (Pott et al., 2010). Zudem ist die gesundheitliche Lage von Kindern im hohen Maße von der sozialen Lage ihrer Eltern abhängig; mit sinkendem

Sozialstatus steigt das Erkrankungsrisiko erheblich (Holling, Erhart, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007; Pott et al., 2010; Schlack, 2013). Kleinkinder in Benachteiligten- und Risikofamilien gelten als besonders gefährdet, psychisch und physisch zu erkranken (Hédervári-Heller, 2005; Laucht, Esser & Schmidt, 2000).

Nach Einschätzung der Eltern weisen 94 Prozent der Kinder in Deutschland einen sehr guten bzw. guten allgemeinen Gesundheitszustand auf. Die Gesundheit der 0- bis 2-Jährigen wird sogar zu 97,1 Prozent als sehr gut oder gut bewertet (Robert Koch Institut, 2014). Zu den häufigsten Erkrankungen im Säuglingsalter, die zu einer stationären Aufnahme führen, gehören respiratorische Erkrankungen (Gesundheitsberichterstattung, 2015; Hannan, 2014; Mistry, Cho, Bilker, Brousseau & Alessandrini, 2006).

Das Krankheitsspektrum bei Kindern hat sich seit den 1960er Jahren des vergangenen Jahrhunderts verändert. Auffällig sind Verschiebungen von körperlichen Erkrankungen zu psychischen Störungen sowie von akuten zu chronischen Krankheiten (Pott et al., 2010; Schlack, 2013). In einer repräsentativen deutschlandweiten Stichprobe von Kindern und Jugendlichen weist die Altersgruppe der 0- bis 2-jährigen Kinder die geringste Prävalenz für chronische Krankheiten und Gesundheitsstörungen auf (Neuhauser & Poethko-Müller, 2014). Während die meisten Kinder in Deutschland heute körperlich gesund sind, haben Entwicklungs- und Verhaltensstörungen sowie psychische Auffälligkeiten, Allergien und Übergewicht zugenommen (Pott et al., 2010). Beispielsweise zeigen etwa 20 Prozent der Kinder frühkindliche Regulationsstörungen, von denen nur die Hälfte als vorübergehend eingeschätzt werden (Cierpka, Stasch & Groß, 2007). Häufig auftretende Regulationsprobleme in den ersten drei Lebensjahren sind exzessives Schreien, Fütterungsstörungen, Schlafstörungen, Störungen der emotionalen und motorischen Regulation sowie Bindungsstörungen (Cierpka et al., 2007; Klitzing, Dohnert, Kroll & Grube, 2015). Die Prävalenz von Bindungsstörungen beträgt 1 Prozent, mit einer Häufung bei Kindern in Risikosituationen. Dazu zählen beispielsweise Kinder, die in Heim- und Pflegefamilien aufwachsen. Ergebnisse einer repräsentativen deutschlandweiten Befragung verweisen auf 12,9 Prozent hochbelasteter Familien mit Säuglingen, die vier oder mehr Belastungsfaktoren - wie beispielsweise alleinerziehende oder junge Mütter - aufweisen (Eickhorst et al., 2016).

Die empirischen Befunde zur Gesundheit von Kindern belegen den postnatalen und psychosozialen Versorgungsbedarf von Frauen und ihren Familien und damit die Bedeutung der Hebamme als Vertreterin der einzigen aufsuchenden Berufsgruppe aus dem

medizinischen Bereich. Wichtig in diesem Kontext ist ein unmittelbarer und lückenloser, sektorenübergreifender Informationsfluss zwischen Klinik und ambulant tätiger Hebamme.

2.3.5 Wochenbettbetreuung aus Nutzerinnenperspektive

Grundsätzlich wird die Wochenbettbetreuung im häuslichen Setting im Vergleich zur klinikbasierten nachgeburtlichen Betreuung signifikant besser bewertet (Fenwick, Butt, Dhaliwal, Hauck & Schmied, 2010; Wray, 2006). Über 95 Prozent der Frauen schätzten in einer britischen Befragung zur Qualität der Betreuung nach der Geburt die häusliche Wochenbettbetreuung durch Hebammen sehr gut oder gut ein (Wray, 2006). Auch 88 Prozent der Frauen in einer regionalen deutschen Studie waren mit der Hebamme und ihrer Beratung und Unterstützung zufrieden (Schwarz, 2009). Bei einem Vergleich der Betreuung erwies sich in einer australischen Querschnittstudie die Arbeit von Hebammen im häuslichen Sektor sowohl bezüglich des Betreuungsstils als auch bezüglich der Qualität gegenüber der Arbeit von Hebammen im klinischen Sektor als überlegen (Fenwick et al., 2010). Zusätzlich kommt die aufsuchende Form der Betreuung dem starken Erholungsbedürfnis der Wöchnerinnen entgegen (Blöchlinger, Kurth, Kammerer & Frei, 2014, S. 86).

Auffällig ist, dass besonders vulnerable Nutzerinnengruppen, wie junge Frauen, Frauen mit geringem Einkommen und Frauen mit niedrigem Bildungsstatus, die möglicherweise einen größeren Gewinn aus einer aufsuchenden Betreuung ziehen, vermehrt von diesem Service ausgeschlossen sind (Biro et al., 2012). Dieses Ergebnis einer australischen Studie steht im Einklang mit Befunden einer deutschen Befragung, in der besonders Drittgebärende, sehr junge und ältere Frauen, Frauen ohne Ausbildung sowie nicht deutsche Frauen eine unzureichende Betreuung durch die Hebamme angaben (Schwarz, 2009).

Viele Frauen wünschen sich mehr Hilfe und Unterstützung in den ersten acht Wochen nach der Geburt, um gut für sich selbst und das Kind sorgen zu können. Neben einer Unterstützung im Haushalt brauchen sie vor allem emotionale Unterstützung sowie medizinische und pflegerische Ratschläge. In einer Studie hatten 37 Prozent aller Frauen dieses Bedürfnis auch noch 24 Wochen nach der Geburt (Thompson, Roberts, Curri & Ellwood, 2002). Die größten Belastungen für Frauen sechs Wochen nach der Geburt sind das Stillen, organisatorische Anforderungen sowie die Sorge um ein schreiendes Kind (Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion & Epiney, 2011). Einer der häufigsten Gründe für den Bedarf nach Unterstützung durch Gesundheitsprofessionen sind

unruhige und weinende Kinder. Die Beruhigung eines schreienden Kindes bei Müdigkeit und Erschöpfung stellt eine enorme Belastung für viele junge Eltern dar (Kurth, Kennedy, Spichiger, Hösli & Zemp Stutz, 2011).

Daher ist für Frauen im Rahmen der Hebammenbetreuung die Erlangung von Sicherheit im Umgang mit dem Kind sowie die Bestärkung des Selbstvertrauens in Bezug auf die Elternkompetenz der wichtigste Aspekt (Ahrendt, Krauss-Lembcke, Luther & Reutter, 2012; Blöchliger et al., 2014; Schwarz, 2009). Allerdings halten Frauen die derzeit praktizierte Form der Betreuung teilweise für lückenhaft. Frauen bewerten die Beratung und Unterstützung von Hebammen im Zusammenhang mit Still- und Ernährungsbedürfnissen des Kindes als positiver als die emotionale Unterstützung sowie die Beratung bezüglich der eigenen langfristigen gesundheitlichen Bedarfe (Fenwick et al., 2010). Dagegen erlebten die Frauen in der Studie von Blöchliger et al. (2014) die Hebammenbetreuung als emotional unterstützend. Interessant hierbei ist, dass es sich bei der Studie von Fenwick et al. (2010) um eine quantitative Querschnittstudie handelt, während Blöchliger et al. (2014) eine qualitative Studie durchführten. Dieser Unterschied bestätigt möglicherweise die Argumentation in *Kapitel 2.3.2*, dass bestimmte Betreuungsaspekte der Hebammenarbeit, wie deren bestärkende und unterstützende Elemente, schwer zu erfassen sind und qualitative Studien zu einem erweiterten Erkenntnisgewinn beitragen können.

Die entscheidenden Faktoren für eine gelungene Wochenbettbetreuung sind die professionelle Beziehungsgestaltung zwischen Hebamme und Frau (Blöchliger et al., 2014; Brown, Davey & Bruinsma, 2005; Yelland, 2010a) sowie eine kontinuierliche Betreuung durch einer der Frau bekannten Hebamme (Brown et al., 2005; Yelland, 2010a). Eine kontinuierliche Betreuung reduziert die Wahrscheinlichkeit einer negativen Bewertung der postpartalen Versorgung. Im Vordergrund steht dabei weniger die Kontinuität an sich, vielmehr geht es den Frauen um eine konsistente Betreuung durch eine ihr vertraute Person sowie um die Qualität der zwischenmenschlichen Interaktionen (Brown et al., 2005). Yelland (2010b, S. 63) hält zusammenfassend fest:

[...] that the way care is structured, the approach to individualised care, the promotion of continuity of care, and the emphasis on quality interactions with caregivers, impact on women's views and experiences of care.

Interessant ist, dass sich viele Frauen eine längere Wochenbettbetreuung bzw. eine höhere Anzahl von Hausbesuchen wünschen (Razurel et al., 2011; Schwarz, 2010), obwohl der in Deutschland mögliche Betreuungsrahmen nur selten ausgeschöpft wird (Grieshop,

2013; Schwarz, 2010). Erste positive Effekte einer verlängerten Wochenbetreuung konnten bereits nachgewiesen werden (Grieshop, 2013; MacArthur et al., 2002; 2003).

2.3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Internationale Forschungsarbeiten konzentrieren sich erst in jüngerer Zeit zunehmend auf die Gesundheit von Frauen nach der Geburt. Dabei rückt die Wochenbettbetreuung vermehrt in das Zentrum der Aufmerksamkeit von Forscher und Forscherinnen aus der Hebammenkunde bzw. -wissenschaft und angrenzenden Fachbereichen. Deutlich erkennbar ist, dass nachgeburtliche Betreuungsangebote in der Praxis nicht einheitlich operationalisiert sind und von unterschiedlichen Berufsgruppen ausgefüllt wird. Diese Unterschiede beruhen zum Teil auf unterschiedlichen gesundheitssystemischen Voraussetzungen in den verschiedenen Ländern. Die Komplexität des Handlungsfeldes erschwert die Erfassung der Qualität und Wirksamkeit der aufsuchenden Betreuung. Um die Effektivität von Hebammenleistungen in der Wochenbettbetreuung zu beurteilen, sollten in Zukunft vermehrt auch qualitative Forschungsdesigns eingesetzt werden oder vorher eine stärkere Konzeptentwicklung stattfinden.

Die Datenlage zur optimalen Länge des Betreuungszeitraums und zur optimalen Anzahl der Besuche ist heterogen. Die Wirksamkeit einer bedürfnisgerechten Hebammengeleiteten Betreuung und der Ausweitung des Betreuungszeitraumes im Hinblick auf eine Verbesserung der mütterlichen psychischen Gesundheit konnte belegt werden. Die Etablierung langfristiger Versorgungsangebote scheint auch vor dem Hintergrund, dass viele Frauen bis zu einem Jahr nach der Geburt gesundheitlich belastet sind, sinnvoll. Ein verlängerter Betreuungszeitraum steht im Einklang mit dem Wunsch der Frauen nach professionellen Hilfeleistungen und emotionaler Unterstützung weit über die üblichen Zeitvorgaben hinaus. Die empirischen Befunde zur Gesundheit von Kindern belegen einen postnatalen Versorgungsbedarf bis in die Säuglingszeit.

Bei einem Vergleich der Studienergebnisse mit den in *Kapitel 2.2.3* beschriebenen rechtlichen Vorgaben der Hebammenarbeit in Deutschland, fällt auf, dass viele der hier untersuchten Handlungsfelder in diesen Vorgaben keine Erwähnung finden. Empirische Arbeiten belegen die besondere Rolle der Hebamme im Bereich der psychosozialen gesundheitlichen Versorgung und bei belastenden familiären Situationen nach der Geburt.

2.4 Wochenbettbetreuung aus Hebammenperspektive

In den letzten beiden Kapiteln wurden die Anforderungen der ambulanten Wochenbettbetreuung beschrieben sowie die Wirksamkeit und Relevanz dieser Betreuung im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung von Mutter und Kind beleuchtet. Da in Deutschland Hebammen für die Betreuung von Frauen und Familien im Wochenbett und während der Stillzeit verantwortlich sind, fokussiert sich dieses Kapitel auf die Perspektive der Hebammen bezüglich ihres professionellen Handelns in der postpartalen Versorgung. Dazu wurden Studien, die die ambulante Wochenbettversorgung aus der Perspektive von Hebammen erfassen, in einem integrativen Literaturreview themenbezogen analysiert (Simon, Schnepf & Sayn-Wittgenstein, 2017).

Die Literatursuche wurde mit einer dokumentierten Schlagwortsuche in den Datenbanken PUBMED, CINAHL, MEDPILOT, PSYCHINFO sowie COCHRANE durchgeführt. Folgende Suchbegriffe kamen einzeln und kombiniert zur Anwendung: *midwives, midwifery, nurse-midwives, postnatal care, postpartum period, postnatal check, home visits, home care, maternity care, hospital (NOT), maternal health, perceptions, views, attitudes, practice*. Die Suche beschränkte sich auf den Zeitraum von 2000 bis 2015 sowie auf Artikel in englischer oder deutscher Sprache. Nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien konnten 27 relevante Publikationen identifiziert werden. Alle Studien wurden hinsichtlich ihrer Qualität überprüft (CASP International Network, 2006; Coughlan, Cronin & Ryan, 2007). Die Auswertung der Studien erfolgte auf Grundlage einer thematischen Analyse (Coughlan, Ryan & Cronin, 2013). Eine Übersicht des Rechercheprozesses befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

Im Zentrum der Analyse des Handlungsfeldes aus Hebammensicht standen Fragen zur Gestaltung der Betreuungsprozesse, zum antizipierten Versorgungsbedarf sowie zu den benötigten Ressourcen. Als Ergebnis der Literaturanalyse wurden drei Themenfelder kategorisiert: „*Handlungsfelder und Kompetenzen*“, „*Zentrale Merkmale und Bedingungen*“ sowie „*Strategien und Handlungsansätze*“.

2.4.1 Handlungsfelder und Kompetenzen

Die Hebammen bewerten die Betreuung von Mutter und Kind während der Wochenbettzeit als eine komplexe Tätigkeit, die eine Ausweitung ihres traditionellen Handlungsspektrums erfordert. Die Beobachtung körperlicher Veränderungen, die emotionale Unterstützung und die Begleitung der Frauen während der Stillzeit gehörten schon

immer zum Aufgabenbereich von Hebammen (Cattrell, Lavender, Wallymahmed, Kingdon & Riley, 2005; McLelland, Hall, Gilmour & Cant, 2015). Ein weiterer zentraler Aufgabenbereich ist die Aufarbeitung von Geburtserfahrungen mit den Frauen und die Thematisierung unerwarteter Erfahrungen zu Beginn einer neuen Lebenssituation (Cattrell et al., 2005; Gibb & Hundley, 2007). Zusätzlich zu den traditionellen Aufgaben erwähnen Hebammen in der Studie von Larkin (2014) die Bewältigung emotionaler und sozialer Probleme sowie Aspekte der Gesundheitsförderung, insbesondere im Hinblick auf die Neugeborenen-Beratung und das Neugeborenen-Screening als weitere Handlungsfelder im Rahmen der Wochenbettbetreuung.

Unverkennbar ist ein großer Informations- und Beratungsbedarf der Frauen zu postpartalen körperlichen Umstellungsprozessen, Mutterschaft, Stillen sowie zum Leben mit dem Kind (Cattrell et al., 2005; Gibb & Hundley, 2007; McLelland et al., 2015), woraus sich ein weiterer wichtiger Aufgabenbereich ergibt. Weil Frauen nach der Geburt seltener als früher auf familiäre Unterstützung zurückgreifen können, sehen sich Hebammen auch hier einem wachsenden Betreuungsbedarf gegenüber (Cattrell et al., 2005). Hebammen erleben, dass sowohl die Medien als auch Ratschläge von Peergruppen und Familienmitgliedern einen großen Einfluss auf die Frauen haben (Cattrell et al., 2005; McLelland et al., 2015). Aufgrund des Wissens um gesellschaftlichen Einflüsse auf das Erleben der Frauen sollten Hebammen im Bereich Public Health eine zentrale Rolle einnehmen (Cattrell et al., 2005).

Zu den Aufgaben von Hebammen gehört auch die Bereitstellung von Informationen rund um die Aspekte Wochenbett und Mutterschaft. Scott et al. (2003) stellten einen signifikanten Unterschied zwischen der Bewertung der Frequenz der Informationsweitergabe zwischen Nutzerinnen und Hebammen fest. Laut den Angaben der Hebammen fand eine Informationsweitergabe wesentlich häufiger statt (Scott et al., 2003).

Frauen haben großes Vertrauen in das Wissen von Hebammen (Scott et al., 2003). Diese fühlen sich jedoch nicht immer für alle Arbeitsbereiche umfassend ausgebildet. Auch wenden sie ihr Wissen situativ unterschiedlich an. Von einigen Autoren und Autorinnen wird für bestimmte Teilbereiche der Wochenbettbetreuung, wie die Begleitung des Stillprozesses sowie das gesundheitliche Assessment, eine Diskrepanz zwischen Anforderungen und den notwendigen Wissens- und Handlungsprozessen der Hebammen beschrieben (Cantrill, Creedy & Cooke, 2003a; Hauck et al., 2015; Jones, Creedy & Gamble, 2011; Larkin, 2014; McInnes & Chambers, 2008; Olsson, Robertson, Falk &

Nissen, 2011; Simmons, 2002; Yelland, McLachlan, Forster, Rayner & Lumley, 2007). Über die Stillberatung werden in den Studien unterschiedliche Aussagen getroffen. Während einige Hebammen ihre eigenen Fähigkeiten und ihren Wissensstand zum Stillen kritisch betrachten (Simmons, 2002), fühlen sich andere in der Stillberatung sicher und reflektieren ihre Arbeit als bedürfnisgerecht (Cantrill, Creedy & Cooke, 2003b). Zwischen dem Wissensstand und einer positiven Wahrnehmung der eigenen Rolle in der Stillberatung wird ein signifikanter Zusammenhang beschrieben. Jedoch impliziert ein hoher Wissensstand nicht automatisch ein adäquates Verstehen der Situation (Cantrill et al., 2003b). Um Frauen in Stillsituationen angemessen zu beraten, bedarf es nicht nur eines breiten Fachwissens, sondern auch kommunikativer und didaktischer Fähigkeiten. Anstatt ausschließlich auf biomedizinische Inhalte zu fokussieren, sollten Ausbildungsprogramme Hebammen befähigen, die Frauen umfassend und qualifiziert beraten und anleiten (ebd.).

Die Mehrheit der befragten Hebammen ist sich ihrer Aufgabe bei der Einschätzung der mütterlichen psychosozialen Gesundheit bewusst, jedoch fehlen Kompetenzen zur Beurteilung und Betreuung von Frauen mit psychischen Problemen (Hauck et al., 2015; Jones, Creedy & Gamble, 2012a; Stewart & Henshaw, 2002; Yelland et al., 2007). Um ihre Rolle angemessen wahrnehmen zu können, identifizieren Hebammen das Wissen über psychische Erkrankungen und deren Therapie sowie Fähigkeiten zur Beratung betroffener Frauen als verbesserungswürdige Kompetenzbereiche (Stewart & Henshaw, 2002). Außerdem benötigen sie einen besseren Zugang zu Informationen (Hauck et al., 2015). Dazu zählen auch Informationen zu professionellen Netzwerken, an die sie sich bei Problemen wenden bzw. die Frau überweisen können (Stewart & Henshaw, 2002). Grundsätzlich wünschen sich Hebammen, durch die Ausbildung besser auf den Umgang mit psychischen Erkrankungen vorbereitet zu sein. Laut Jones et al. (2011) haben Hebammen mit einer höheren Ausbildungsqualifikation auf tertiärem Level zwar ein besseres Verständnis von antenatalen und postpartalen psychischen Erkrankungen, berichten aber auch von Defiziten in den Ausbildungsprogrammen hinsichtlich Assessment und Management von Frauen mit ante- und postpartalen Depressionen.

Fachliches Wissen bildet nicht ausschließlich die Basis des Hebammenhandelns. In einigen Studien wird auf den Einfluss von Erfahrung und Intuition verwiesen (Gibb & Hundley, 2007; McInnes & Chambers, 2008; Simmons, 2002). Nicht immer können Hebammen ihr Handeln mithilfe ihres Wissens begründen. Einige Hebammen identifi-

zieren persönliche und professionelle Erfahrungen sowie ein „*common-sense understanding*“ als Basis ihrer Beratung (Simmons, 2002, S. 618). Persönliche Stillererfahrungen der Hebammen können ihre Einstellung zur Stillberatung sowohl positiv als auch negativ beeinflussen (McInnes & Chambers, 2008; Simmons, 2002).

2.4.2 Zentrale Merkmale und Bedingungen

Zu einer gelungenen professionellen Versorgung gehört die Gewährleistung einer Kontinuität der Betreuung. Diese Kontinuität impliziert eine durchgängige Betreuung von der Schwangerschaft bis zum Wochenbett durch eine der Frau bekannten bzw. zuständigen Hebamme (Baston & Green, 2002; Cattrell et al., 2005; McLelland et al., 2015). Die Kontinuität im Betreuungsverlauf durch eine zuständige Hebamme führt zu einer exakteren Einschätzung des Gesundheitszustandes und Wohlbefindens der Frau (Gibb & Hundley, 2007; Olsson et al., 2011). Wichtig für eine postpartale Zustandsbeurteilung ist ein präpartaler Kontakt mit der Frau, beispielsweise durch eine Begleitung während der Schwangerschaft. Je länger sich Hebamme und Frau kennen, umso genauer kann sich die Hebamme einen Eindruck von den Bedürfnissen der Frau verschaffen und umso besser kann sie einschätzen, wie die Frau mit der neuen Situation zurechtkommt (Gibb & Hundley, 2007). Präpartal getroffene Einschätzungen sind für die Hebammen handlungsleitend (Olsson et al., 2011).

Von zentraler Bedeutung in der Wochenbettversorgung, sowohl beim Übergang vom klinischen in den ambulanten Sektor als auch innerhalb des ambulanten Sektors ist die Vermittlung einheitlicher Informationen an die Frau (Cattrell et al., 2005). Eine fehlende Kontinuität der Betreuungsperson erschwert eine einheitliche Beratung im Wochenbett. Dieser Nachteil wird besonders in Studien zur Unterstützung von Frauen während der Stillzeit deutlich (Cattrell et al., 2005; McInnes & Chambers, 2008; McLelland et al., 2015). Eine widersprüchliche Stillberatung durch verschiedene Betreuungspersonen führt zu einer negativen Beeinflussung der Frauen hinsichtlich ihres Selbstvertrauens und ihrer Fähigkeiten (McInnes & Chambers, 2008). Viele Studien verweisen außerdem auf einen Zusammenhang zwischen einer individuellen und kontinuierlichen Betreuung von Mutter und Kind und einer stärkeren persönlichen Zufriedenheit der Hebamme mit ihrer Arbeit (Baston & Green, 2002; Bloomfield, Townsend & Rogers, 2003; Cattrell et al., 2005; Rogers, Bloomfield & Townsend, 2003).

Ob eine kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme in allen Phasen der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett umgesetzt werden kann, hängt von verschiedenen

Faktoren ab. Besonders in Gesundheitssystemen mit fragmentierten Versorgungsstrukturen kann dies oft nicht gewährleistet werden (Cattrell et al., 2005; McInnes & Chambers, 2008; McLelland et al., 2015). Weiter hängt die Kontinuität von den individuellen beruflichen Schwerpunkten der Hebammen ab. Ambulant tätige Hebammen schätzen die Betreuungskontinuität für die Phasen Schwangerschaft und Wochenbett als wichtiger ein als für die Geburt. Eine Begleitung der Frauen kann aufgrund des hohen Zeitaufwandes möglicherweise zu Lasten der vor- und nachgeburtlichen Betreuung gehen (Baston & Green, 2002).

Viele Hebammen geben an, dass sie aufgrund von Zeitmangel eine optimale Betreuung nicht immer gewährleisten können (Cattrell et al., 2005; Jones et al., 2012a, 2012b; Yelland et al., 2007). Einen Verbesserungsbedarf sehen sie besonders im Hinblick auf die emotionale Betreuung der Frauen. Eine optimale Einschätzung der psychosozialen Gesundheit der Frau gelingt den Hebammen, die ausreichend Zeit zur Verfügung hatten. Andere Hebammen erleben diesen Arbeitsbereich dagegen als zeitintensiv und geben an, den Anforderungen bei einem hohen Arbeitsaufkommen nicht gerecht werden zu können (Jones et al., 2012a). Ein hoher Zeitdruck reduziert möglicherweise proaktive Unterstützungsangebote von Hebammen, was dazu führt, dass Frauen sich allein gelassen fühlen (McInnes & Chambers, 2008) beziehungsweise sich nicht trauen, um Hilfe zu bitten (Cattrell et al., 2005; McInnes & Chambers, 2008).

Die Hebammen kritisieren auch die Frühentlassung von Mutter und Kind nach 48 Stunden aus der Klinik. Da sich der Milcheinfluss physiologisch am dritten Tag nach der Geburt einstellt, fällt der Entlassungstag auf einen Zeitpunkt, an dem großer Unterstützungsbedarf besteht. Daher werden Hausbesuche zu Beginn der Wochenbettbetreuung von den Hebammen oft als zeitintensiv erlebt. Zusätzlich wird von Hebammen in einer australischen Studie die limitierte Anzahl der ambulanten Hausbesuche als nicht ausreichend für die Stillberatung und -unterstützung eingeschätzt (McLelland et al., 2015).

2.4.3 Strategien und Handlungsansätze

Eine gelungene Hebammen-Wöchnerin-Beziehung ist die grundlegende Basis der Wochenbettbetreuung (McInnes & Chambers, 2008). Auf der Basis einer guten Beziehung erhält die Frau personenzentrierte Informationen, die sie beispielsweise in ihren Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Ernährungsfragen des Kindes angemessen unterstützen (ebd.). Zu den unterstützenden Komponenten der Hebammenarbeit zählen ein empathisches Verhalten, eine einfühlsame Betreuung und Kommunikation mit bestärkenden

und motivierenden Anteilen sowie aktives Zuhören. Weiterhin werden Wertschätzung, instrumentelle Unterstützung im Sinne einer Beobachtung und ggf. Korrektur des Stillvorgangs und Unterstützung durch konsistente Informationen genannt (Furber & Thomson, 2008; Hall Moran, Dykes, Burt & Shuck, 2006; Larkin, 2014). Larkin (2014) spricht von einer „*therapeutischen Beziehung*“, die für die Hebammen darin besteht, die Frau zu unterstützen und den Sinn ihrer durchlebten Erfahrungen zu konstruieren. Diese Beziehung basiert auf interpersonellen Fähigkeiten der Hebamme, die eine Verbindung fördern und ein Gefühl von Gegenseitigkeit und Vertrauen schaffen, sodass eine effektive Kommunikation zwischen Frau und Hebamme begünstigt wird (ebd.).

Die Bandbreite des professionellen Auftretens der Hebammen wird von autoritär und direktiv bis erleichternd und unterstützend beschrieben (Dykes, 2005; Furber & Thomson, 2008; Hall Moran et al., 2006; Simmons, 2002). Bei einem Vergleich der Beratung durch Hebammen und professionellen Stillberaterinnen nutzten die Hebammen häufiger geschlossene Fragen und waren insgesamt in ihrer Kommunikation direkter als die Stillberaterinnen. Dies führten die Autorinnen der Studie auf strukturelle Rahmenbedingungen wie ein hohes Arbeitsaufkommen sowie auf die Tatsache, dass Hebammen gleichermaßen für Mutter und Kind verantwortlich sind, zurück (Hall Moran et al., 2006). Dykes (2005) beobachtete in ihrer ethnographischen Feldstudie die Interaktionen zwischen Hebammen und Wöchnerinnen in Stillberatungssituationen und konnte im Gegensatz zu Hall Moran et al. (2006) auch bei ähnlichen Rahmenbedingungen verschiedene Ansätze in der Gestaltung der Hebammen-Wöchnerin-Beziehung beobachten.

Studienübergreifend zeigen sich verschiedene Handlungsansätze der Hebammen. Diese sind abhängig von den Überzeugungen, dem Wissen und den Erfahrungen der Hebammen (Larkin, 2014). Olsson et al. (2011) identifizierten einen aufgabenorientierten sowie einen subjektorientierten Beratungsansatz. Beim subjektorientierten Ansatz orientieren sich Hebammen mehr an den Bedürfnissen der Frauen und versuchen diese zu bestärken und zur Selbstfürsorge zu befähigen. Er zeigt sich vor allem dann, wenn Hebamme und Frau sich länger kennen. Beim aufgabenorientierten Ansatz konzentrieren sich Hebammen stärker auf die vorgeschriebenen Handlungsfelder und richten ihre Tätigkeiten nach dem vorliegenden Problem der Frau aus (Olsson et al., 2011). Ebenso zeigen sich die unterschiedlichen Ansätze darin, wie Hebammen Beratungsprozesse gestalten. Während beim subjektorientierten Ansatz die gezielte Beratung zu einem Thema einen untergeordneten Stellenwert hat, werden beim aufgabenorientierten An-

satz bewusst einzelne Beratungsschwerpunkte genutzt, um gleichzeitig über mehrere andere Themen aufzuklären. Dies bedeutet beispielsweise, während der Stillberatung über hormonelle Veränderungen aufzuklären und über deren mögliche Einflüsse auf das Sexualerleben zu informieren (ebd.). In der Studie von Cattrell et al. (2005) gaben Hebammen an, dass sie die körperliche Untersuchung auch dazu nutzen, um bestimmte Themen anzusprechen. Eine sorgfältiges Abwägen dieser beiden Beratungsstrategien kann die Qualität der Beratung verbessern (Olsson et al., 2011).

Auch bei der Stillberatung lässt sich studienübergreifend eine Bandbreite unterschiedlicher Herangehensweisen feststellen. Viele Hebammen sehen sich als Expertinnen, die Wissen und Fertigkeiten besitzen, um den Stillvorgang zu unterstützen können. Unabhängig von den Bedürfnissen der Frau bewerten sie das Stillen als reinen Mechanismus des Milchtransfers zum Kind (Burns, Fenwick, Sheehan & Schmied, 2013; Dykes, 2005; McInnes & Chambers, 2008). Burns et al. (2013) stellten in einer im klinischen und ambulanten Setting durchgeführten Beobachtungsstudie fest, dass besonders in der Klinik tätige Hebammen dazu neigen, sich eher an körperlichen Prozessen der Frau zu orientieren, statt auf emotionalem Niveau ihre Unterstützung zu geben. Die Unterstützung beim Stillen ist weniger „*frauenzentriert*“, sondern mehr „*brustfokussiert*“ (Burns et al., 2013, S. 62). Diese Herangehensweise äußert sich sowohl im Sprachgebrauch der Hebammen, die das Baby „*an die Brust bekommen*“ wollen, als auch in ihrem Vorgehen im Sinne einer „*Hands-on-Praxis*“ sowie einer Tendenz zum „*doing for the woman*“ (Burns et al., 2013, S. 62; McInnes & Chambers, 2008, S. 421). Bei der „*Hands-on-Praxis*“ wird das Kind aktiv von der Hebamme an die Brust gelegt, die „*Hands-off-Praxis*“ ist dadurch gekennzeichnet, dass die Mutter ihr Kind alleine ohne aktive Unterstützung der Hebamme anlegt (Hall Moran et al., 2006). Von anderen Hebammen wird das Stillen als natürlicher Vorgang betrachtet, der von jeder Frau praktiziert werden kann (Burns et al., 2013). Sie schätzen Frauen autonom ein und gehen davon aus, dass sie sich schon in der Schwangerschaft über das Stillen informieren. Bei Frauen, die nicht vom Stillen überzeugt sind, sehen diese Hebammen weniger Bedarf, sich zu engagieren. Daher sind ihre Unterstützungsangebote eher von passiver Art: „*Wir sind hier, wenn Sie uns brauchen.*“ (Burns et al., 2013, S. 65). Der Stillvorgang selbst wird mit der „*Hands-off-Praxis*“ unterstützt. Nur wenige Hebammen in der Studie von Burns et al. (2013) betrachteten das Stillen als einen Teil der Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung. Bei dieser Herangehensweise steht die Frau im Zentrum der Betreuung, die Hebamme nimmt sich Zeit, die Situation zu beurteilen und lässt der Frau Zeit, ihr Kind

kennenzulernen. Der Stillvorgang wird so lange mit einer „*Hands-off-Praxis*“ unterstützt, sofern sich die Frau nichts Gegenteiliges wünscht. Die unterschiedlichen Herangehensweisen lassen sich auf die Einstellung der Hebammen zum Stillen zurückführen (ebd.). Die Tendenz zum „*doing for the women*“ anstelle von „*showing*“ oder „*teaching*“ wird in mehreren Studien beschrieben (Burns et al., 2013; McInnes & Chambers, 2008; Smythe, Payne, Wilson, Paddy & Heard, 2014).

Bei der Beurteilung des gesundheitlichen Wohlbefindens von Frauen benutzen Hebammen verschiedene Beobachtungs- und Kommunikationsfähigkeiten. Wichtig ist es ihnen die Bewältigungsstrategien und unerwartete Erfahrungen der Frauen einzuschätzen und abzuwägen, ob ihr Verhalten ein Grund zur Besorgnis liefert. Dies gelingt umso besser, je länger sich Hebamme und Frau kennen (Gibb & Hundley, 2007). Über die Hälfte der befragten Hebammen in der Studie von Yelland et al. (2007) berichteten, dass sie das emotionale Wohlbefinden durch die Beobachtung der Stimmung und des Verhaltens der Frau und im Gespräch erheben. Einige Hebammen richten ihre Aufmerksamkeit dabei eher auf die Interaktionen zwischen Mutter und Kind, andere vollziehen ihre Einschätzung mehr intuitiv oder nebenher, während sie sich vordergründig auf einen anderen Bereich, beispielsweise auf die Beobachtung einer Stillmahlzeit, konzentrieren. Viele der Befragten gaben an, psychosoziale Assessment-Tools zu nutzen (Yelland et al., 2007). In einigen Studien wird jedoch betont, dass Hebammen ihre Fähigkeiten für die Beurteilung und den Umgang mit komplexen psychosozialen Problemen für nicht immer ausreichend halten (Hauck et al., 2015; Jones et al., 2011; Stewart & Henshaw, 2002; Yelland et al., 2007). Gibb und Hundley (2007) stellten fest, dass es Hebammen nicht leicht fällt, das Konzept des psychosozialen Wohlbefindens zu beschreiben und sich ihre Sichtweisen eher an der konkreten Bewertung des Zustands der Frauen orientiert. Nach Ansicht der Forscherinnen könnte diese Beobachtung auch mit den in Betreuungsprozessen auftretenden intuitiven Einschätzungen zusammenhängen. Weiterhin beobachteten Yelland et al. (2007), dass Hebammen häufiger routinemäßige körperliche Kontrollen durchführen, als die Frauen zu fragen, wie sie sich körperlich fühlen. Bestimmte Faktoren erleichtern oder behindern die Fähigkeit der Hebammen, das gesundheitliche Wohlbefinden der Frauen einzuschätzen. Dazu zählen der Betreuungskontext, wie die Rahmenbedingungen eines Wochenbettbesuchs, eine erhöhte Arbeitsbelastung durch vielfältige und erweiterte Aufgaben und Rollen, aber auch eine therapeutische Beziehungsgestaltung sowie das vorhandene Wissen (Larkin, 2014). Zusätzlich wird das Vorhandensein von Leitlinien, wie beispielsweise zum Erkennen

von Harnwegsproblemen, als unterstützend für einen Assessment-Prozess eingeschätzt (Butterfield, O'Connell & Phillips, 2007).

2.4.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die ambulante Wochenbettbetreuung auch aus Sicht der Hebammen als ein komplexes Handlungsfeld in einer wichtigen Lebensphase von Frauen und Familien präsentiert. Neben der Beobachtung körperlicher Veränderungen und der Begleitung der Frauen während der Stillzeit, gehören die emotionale Unterstützung schon immer zum Aufgabenbereich von Hebammen. Zusätzliche Handlungsfelder sind die Gesundheitsförderung und Unterstützung der Frau bei der Bewältigung psychosozialer Probleme. Wichtig in diesem Zusammenhang sind die Aufarbeitung von Geburtserfahrungen und die Thematisierung unerwarteter Erfahrungen zu Beginn einer neuen Lebenssituation. Eine Ausweitung des traditionellen Spektrums der Hebammentätigkeit wird insbesondere bei sozialen und psychischen Komponenten ersichtlich.

Die Hebammen sehen im Handlungsfeld vielfältigen Herausforderungen gegenüber. Dazu zählen einerseits die Kontinuität im Betreuungsprozess und andererseits verschiedene strukturelle Bedingungen wie beispielsweise die zeitliche Verfügbarkeit der Hebammen. Eine Kontinuität in der Betreuung erleichtert den Hebammen die Einschätzung des gesundheitlichen Wohlbefindens und fördert die Vermittlung einheitlicher Informationen an die Frau. Während die häusliche Wochenbettversorgung in Deutschland eine den Hebammen vorbehaltene Tätigkeit ist und eine kontinuierliche Betreuung über alle Abschnitte der generativen Lebensphase damit grundsätzlich möglich ist, bieten unterschiedliche Versorgungsstrukturen in anderen Ländern diese Möglichkeit zum jetzigen Zeitpunkt nur begrenzt. Dies spiegelt sich in den Studien in der Darstellung der Betreuungskontinuität als Herausforderung wider.

Weiterhin erkennbar sind unterschiedliche Strategien und Handlungsansätze im Betreuungsprozess. So tendieren einige Hebammen zu einer direkten, auf eine Problemlösung fokussierten Herangehensweise, während andere die Frau als Expertin ihrer Situation betrachten und diese in ihren Handlungen bestärken. Grundsätzlich wünschen sich die befragten Hebammen durch die Ausbildung besser auf die Einschätzung von psychischen Erkrankungen vorbereitet zu werden. Deutlich wird auch, dass für die Betreuung neben dem Fachwissen und den Einstellungen der Hebammen auch Erfahrung und Intuition eine Rolle spielen.

Abschließend ist anzumerken, dass in den meisten Ländern, in denen die hier eingeschlossenen Studien durchgeführt wurden, die ambulante Wochenbettbetreuung als Regelversorgung des Gesundheitssystems bei allen Frauen über einen kürzeren Zeitraum durchgeführt wird und nicht, wie in Deutschland üblich, Frauen sich eigenverantwortlich eine Hebamme für die Zeit nach der Geburt suchen müssen. Auffällig ist auch, dass der Aufgabenbereich der Begleitung des Stillprozesses angesprochen wird, jedoch die weitere Versorgung des Neugeborenen in den Studien keine Erwähnung findet. Ursächlich für diese Befunde könnten möglicherweise die divergierenden Versorgungsstrukturen in den Studienländern sein.

Die Erkenntnisse aus der Literaturanalyse werfen Fragen hinsichtlich der postpartalen Versorgungsgestaltung in Deutschland auf. Da die Versorgungsstrukturen der mehrheitlich aus dem angelsächsischen Sprachraum inkludierten Studien sich von denen in Deutschland unterscheiden, kann aufgrund der aktuellen Studienergebnisse nur vermutet werden, wie Hebammen in Deutschland ihre Betreuungsprozesse gestalten. Unklar bleibt, welche situativen Anforderungen sich in der täglichen Berufspraxis ergeben und welche Konsequenzen sich für die postpartale Versorgungsgestaltung daraus ableiten lassen.

3 Methodologie und Forschungsprozess

Im Folgenden wird die Problemstellung dieser Studie erläutert und die Ableitung der Forschungsfragen dargestellt. Daran schließt sich eine Beschreibung der Methodologie sowie eine ausführliche Darstellung des Forschungsprozesses an.

3.1 Problemstellung und Forschungsfragen

Die aufsuchende Versorgung in der Zeit nach der Geburt eines Kindes ist eine zentrale gesundheitliche Dienstleistung in einer Übergangs- und Umbruchphase im Leben von jungen Familien. Die Umsetzung der postpartalen Versorgungsgestaltung bleibt unter den beschriebenen veränderten Anforderungen jedoch unklar. Auch die Datenlage zu professionellen Handlungskonzepten von Hebammen bei der Versorgung von Frauen und Familien im Wochenbett ist als unzureichend zu bewerten. Zugleich existieren nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse über die Realität der ambulanten Wochenbettbetreuung. Inhaltliche Schwerpunkte bisheriger hebammenwissenschaftlicher Arbeiten zum Wochenbett betreffen das gesundheitliche mütterliche Wohlbefinden (Bauer, 2011), die subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes (Schäfers, 2011), das Gesundheitsverhalten von Müttern sowie die Gesundheitsförderung durch Hebammen (Grieshop, 2013). International findet Forschung rund um das Wochenbett stärkere Beachtung. Nachgeburtliche Betreuungsangebote sind jedoch in den verschiedenen Ländern nicht einheitlich operationalisiert und die Berufsgruppe der Hebammen ist nicht immer integriert. In Studien, in denen Hebammen zu Aspekten ihrer Tätigkeit befragt wurden, wird deutlich, dass die ambulante Wochenbettbetreuung ein komplexes Handlungsfeld in einer wichtigen Lebensphase von Frauen und Familien darstellt (Simon et al., 2017). Neben der Beobachtung des gesundheitlichen Wohlbefindens von Mutter und Kind stehen psychosoziale Aspekte sowie die professionelle Begleitung und Beratung zu Fragen rund um die neue Lebenssituation als Familie im Vordergrund. Hebammen fühlen sich jedoch nicht immer ausreichend für den Umgang mit komplexen psychosozialen Problemen vorbereitet. Ausschlaggebende Faktoren für die Betreuungsarbeit sind zeitliche Kapazitäten der Hebammen, eine Kontinuität im Betreuungsverlauf sowie verschiedene Strategien und Handlungsansätze (ebd.).

Für den deutschen Versorgungskontext liegen bislang noch keine Forschungsergebnisse vor, die die gesundheitliche Versorgung von Frauen im ambulanten Wochenbett aus der Perspektive von Hebammen untersuchen. Aktuell ist unklar wie Hebammen ihren ge-

sundheitlichen Versorgungsauftrag erfüllen und den komplexen Anforderungen der Wochenbettbetreuung begegnen. Trotz umfangreicher Studienerkenntnisse zum mütterlichen Gesundheitszustand ist beispielsweise nicht bekannt, wie freiberufliche Hebammen dieses Wissen in ihr tägliches professionelles Handeln implementieren. Hier setzt das Dissertationsprojekt mit der Frage an, wie Hebammen in Deutschland ihre ambulante Tätigkeit im Handlungsfeld Wochenbett beschreiben. Im Mittelpunkt der explorativen Untersuchung steht die Frage nach der Gestaltung der professionsspezifischen Unterstützungs- und Betreuungsprozesse. Im Einzelnen soll untersucht werden, welche Handlungsansätze Hebammen in der Wochenbettbetreuung haben. Vor dem Hintergrund des gesundheitlichen Versorgungsbedarfs von Mutter und Kind, werden bevorzugt die Handlungsorientierungen untersucht, die Hebammen zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit nutzen. Ziel der Studie ist es zu erklären, wie Hebammen ihre Betreuungsprozesse im Wochenbett gestalten, um daraus einen wissengestützten Bezugsrahmen für das Handlungsfeld abzuleiten. Die Analyse der Perspektive der Hebammen bietet die Möglichkeit, Handlungsansätze und Entscheidungsmaximen direkt aus der Praxis zu erfassen und daraus Empfehlungen für die gesundheitliche Versorgung von Frauen und Familien im Wochenbett abzuleiten.

Die Fragestellungen der Studie wurden im Verlauf des Forschungsprozesses und durch die Auseinandersetzung mit der Literatur zum Forschungsfeld präzisiert (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 17). Folgende Forschungsfragen leiteten diese Arbeit:

- Welche Sichtweisen und Handlungsansätze haben Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung?
- Auf welches Wissen greifen Hebammen bei der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Kindern im Wochenbett zurück?
- Wie definieren Hebammen ihre Aufgaben in der ambulanten Wochenbettbetreuung?
- Welche Maßnahmen und Interventionen führen Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung aus und warum?
- Welche Empfehlungen lassen sich auf Grundlage der Ergebnisse für die postpartale gesundheitliche Versorgungsgestaltung ableiten?

3.2 Methodologie

Aufgrund der angestrebten Analyse der subjektiven Sichtweisen der Hebammen im Handlungsfeld der häuslichen Wochenbettbetreuung ist die vorliegende empirische Studie im Bereich der qualitativen Sozialforschung zu verorten.

Ausgangspunkt der qualitativen Forschung ist das Alltagshandeln von Individuen in unterschiedlichen Situationen und unter verschiedenen kulturellen Bedingungen (Flick, Kardoff & Steinke, 2000, S. 106). Um die soziale Wirklichkeit der Akteure theoretisch erfassen zu können, bedarf es einer Rekonstruktion und Analyse der beispielsweise aus Interviews gewonnenen Daten und einer Einbettung der gewonnen Erkenntnisse in übergreifende theoretische Bezüge (ebd.). Methodologische Ansätze, die sich mit dem subjektiven Sinn, den Individuen mit ihren Handlungen und ihrer Umgebung verbinden, auseinandersetzen, beziehen sich auf die theoretische Tradition des symbolischen Interaktionismus (Flick, 2011, S. 82). Der Begriff *Interaktion* bedeutet, dass Menschen in wechselseitigen Beziehungen zueinander handeln; der Begriff *symbolisch* bezieht sich auf die sprachlichen Grundlagen des menschlichen Zusammenlebens (Denzin, 2000, S. 137). Nach Blumer (2013, S. 64) ist der symbolische Interaktionismus durch drei Prämissen geprägt:

1. *Menschen handeln immer auf der Basis der Bedeutungen, die Dinge für sie haben.*
2. *Die Bedeutung der Dinge entsteht bzw. leitet sich aus der sozialen Interaktion zwischen Menschen ab.*
3. *Diese Bedeutungen werden in einem interpretativen Prozess gehandhabt und abgeändert.*

Diesen Vorgaben folgend, handeln Menschen einerseits stets aufgrund von Sichtweisen, die Dingen, Erfahrungen und Ereignissen eine Bedeutung zuschreiben, und andererseits aufgrund von Interaktionen, die mit ihren Handlungen in Verbindung stehen. Während in anderen Theorien Bedeutungen als gegeben hingenommen werden, sind sie im symbolischen Interaktionismus „*soziale Produkte*“, die im ständigen Wechsel zwischen Definition der Situation und Handeln geschaffen werden (Abels, 2010, S. 46f.). Menschen sind fortwährend Situationen ausgesetzt, in denen sie handeln müssen. Dabei gilt es stets, die Handlungsumstände zu interpretieren und zu definieren (ebd.). Will man Handeln erklären, reicht es nicht aus, einen auslösenden Faktor zu betrachten. Vielmehr gilt es das Zusammenspiel von Faktoren und Interpretationen zu berücksichtigen, mit denen der Handelnde die Faktoren ins Spiel bringt (Abels, 2010, S. 52). Das Konzept der

Handlung bildet einen zentralen Schwerpunkt interaktionistischer Theorien (Denzin, 2000, S. 137).

Professionelles Handeln von Hebammen erfolgt immer in einer Wechselbeziehung mit der Frau und lässt sich als Konsequenz der beschriebenen Grundannahmen gut mit interaktionsorientierten Theorien untersuchen. Dabei muss rekonstruiert werden, welche Sichtweisen und Deutungsmuster dem Hebammenhandeln in der Wochenbettbetreuung zugrunde liegen, welche Betreuungsphänomene sichtbar werden und wie sich diese voneinander unterscheiden. Der Begriff *Deutungsmuster* versteht sich dabei allgemein-sprachlich, im Kontext von Sinnzuweisungen (Kruse, 2014, S. 47). Die interaktionistische Perspektive zeigt zudem, dass neben den Hebammen auch die Frauen an der Interaktion über mögliche Deutungen teilnehmen. Vor diesem Hintergrund soll hinterfragt werden, wie sich die Interaktionen inklusive der Ausgestaltung des Arbeitsbündnisses von Hebamme und Frau bzw. Hebamme und Familie gestalten.

Um die dem Untersuchungsfeld zugrundeliegenden Konzepte herauszuarbeiten, bietet sich als Forschungsdesign eine offene Herangehensweise im Forschungsprozess an. Nachfolgend werden leitende Prinzipien der vorliegenden Studie erläutert.

Das Erkenntnisinteresse dieser Studie steht im Einklang mit zentralen Prinzipien qualitativer Sozialforschungsprozesse wie der qualitativen Interviewforschung (Helfferich, 2011; Kruse, 2014; Lamnek, 2010; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009). Als zentrale Grundprinzipien der qualitativen Forschung gelten Offenheit und Kommunikation (ebd.). Weiterhin ist nach Lamnek (2010) die empirische qualitative Forschung prozesshaft und in ihrem Ablauf veränderbar. Bezogen auf den Gegenstand und die Analyse ist sie reflexiv. Zum Nachvollzug der Kommunikation sollte sie darüber hinaus explizierbar sein. Zentral ist weiterhin eine Flexibilität im gesamten Forschungsprozess (Lamnek, 2010, S. 19f.). Nur wenn in jeder Phase der Forschung eine Offenheit und Flexibilität gewährleistet werden kann, ist es möglich, die sozialen Akteure aus deren Sicht und in ihrer natürlichen Lebenswelt zu erfahren (Lamnek, 2010, S. 173). Das Prinzip der Offenheit, zählt zu den Gütekriterien qualitativer Forschung und bezieht sich sowohl auf die Forschungsmethode als auch auf die Erhebungssituation und das Verhalten gegenüber den Befragten (Lamnek, 2010, S. 24). Offenheit gewährleistet, dass die Befragten in einer Interviewsituation die Möglichkeit haben, ihre eigenen Relevanzsysteme und Deutungsmuster zu entfalten (Helfferich, 2011, S. 114). Parallel dazu wird es für den Interviewenden unmöglich, eigene Deutungen und Relevanzen einzubringen.

In diesem Zusammenhang verweist Kruse (2014, S. 60ff.) auf den Grundsatz des *Fremdverstehens*, der eine grundlegende Ausgangsbasis für die Datenerhebung und -auswertung ist. Die Inhalte, die die interviewte Person auf der Basis ihres jeweiligen Relevanzsystems kommuniziert, sind für den Interviewenden zunächst fremd. Das Prinzip der Offenheit besagt, dass es für das Verständnis notwendig ist, das eigene Relevanzsystem etwas zurückzunehmen (Kruse, 2014, S. 70). Somit spielen die bewusste Wahrnehmung sowie die kritische Reflexion und Kontrolle des eigenen Vorwissens eine wichtige Rolle im qualitativen Forschungsprozess (Helfferich, 2011, S. 117). Für das Verständnis fremder Sichtweisen müssen die von den Befragten verwendeten Begriffe aufgegriffen und weiter geöffnet werden. Dieser Prozess der *Deindexikalisierung* wird beispielsweise durch Nachfragen wie „*Was meinst Du damit?*“ ermöglicht (Kruse, 2014, S. 84).

Auch bei der Auswertung der Daten gilt es, Äußerungen im Kontext der Befragten zu interpretieren. Przyborski und Wohlrab-Sahr (2009, S. 31) bezeichnen den Prozess des Fremdverstehens in Forschungssituationen als methodisch kontrolliert, wenn gewährleistet ist, dass der Differenz zwischen dem Interpretationsrahmen der Forschenden und der Erforschten systematisch Rechnung getragen wird.

Die Datenerhebung mit qualitativen Interviews basiert auf einer hochkomplexen Kommunikationssituation, in der die Subjektivität der Beteiligten mit einbezogen wird (Helfferich, 2011, S. 9). Sowohl die Qualität der Daten als auch die Auswertungsmöglichkeiten hängen von der Qualität dieser Erhebungssituation ab (ebd.). Deshalb wurde in der vorliegenden Studie, der Gestaltung der Interviewsituation und der Interviewführung besondere Beachtung geschenkt. Dazu zählte auch die Entwicklung eines Interviewleitfadens, der den Prinzipien von Offenheit und Flexibilität im Forschungsprozess gerecht wird. Dieser wird in *Kapitel 3.3.4* ausführlich beschrieben.

3.3 Forschungsprozess

Um die Nachvollziehbarkeit der Forschungsarbeit zu gewährleisten, werden nachfolgend die Schritte im Forschungsprozess einzeln dargestellt. Der Fokus liegt dabei auf der Explikation der Methodik des Vorgehens. Vor dem Hintergrund, dass ein qualitativer Forschungsansatz einen selbstreflexiven und systematisch gesteuerten Erkenntnisprozess erfordert (Kruse, 2014, S. 652), erfolgt zunächst eine Darstellung des eigenen Bezugs zum Forschungsthema. Danach wird das Sampling, die Datenerhebung inklusi-

ve der Entwicklung des Leitfadens, die Durchführung der Interviews sowie der konkrete Ablauf der Datenauswertung beschrieben. Das Kapitel endet mit der Darstellung von Gütekriterien und ethischen Betrachtungen zum Forschungsprozess.

3.3.1 Theoretische Sensibilisierung und subjektive Reflexivität

Reflexivität zählt zu den zentralen Grundprinzipien der qualitativen Sozialforschung und ist ein zentrales Merkmal aller rekonstruktiven Forschungsansätze (Kruse, 2011; Kruse, 2014). Reflexivität bedeutet die Fähigkeit, sich selbst zu hinterfragen (Kruse, 2014, S. 680). Auf den Forschungsprozess bezogen bezeichnet Kruse (2014, S. 114) dies als „*unser eigenes Verstehen verstehen*“ und führt weiter aus, dass nur dann rekonstruktiv geforscht werden kann, „*wenn wir unser eigenes Forschen beforschen, während wir forschen*“. Die Analyse der Selbstreflexivität bildet damit ein „*erkenntnisproduktives Element*“ in rekonstruktiven Forschungsansätzen (Muckel, 1996, S. 78).

Nach Blumer (2013, S. 128) ist es für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die mit der Welt der Befragten nicht vertraut sind, schwer sich in deren Relevanzsystem hineinzusetzen. Diese Annahme kann für die vorliegende Studie nicht bestätigt werden. Aufgrund meiner langjährigen Vorerfahrung als Hebamme in der häuslichen Wochenbettbetreuung sowie Tätigkeit als Lehrkraft in der Hebammenausbildung verfügte ich über ein fundiertes und umfassendes Vorwissen zum Forschungsfeld. Um den Befragten die Entfaltung ihres eigenen Relevanzsystems zu ermöglichen, ist es dennoch wichtig, sich selbst zurückzunehmen und das eigene Vorwissen in Frage zu stellen (Kruse, 2011, S. 65).

Das theoretische und fachliche Vorwissen für diese Forschung setzt sich aus Berufs- und Lebenserfahrung sowie aus der Kenntnis der Forschungsliteratur zu dieser Thematik zusammen. Jedoch wurde der Wissensbestand im Verlauf des Forschungsprozesses durch eine umfangreiche Literaturrecherche zur beruflichen Praxis von Hebammen in der Wochenbettbetreuung vertieft (Simon et al., 2017). Im Verlauf der Forschungsarbeit versuchte ich durchgängig, dieses Wissen sowie eigene Voreinstellungen und Perspektiven immer wieder zurückzunehmen, um die Äußerungen und Aussagen der Befragten nicht vorschnell zu interpretieren. Gleichzeitig bestand eine Offenheit der Möglichkeit gegenüber, dass eigene „*Präkonzepte*“ auch theoretische Komponenten enthalten können, die sich im Erkenntnisprozess als hilfreich und nützlich für die Theoriebildung erweisen (Breuer, 2010, S. 27). Während der Datenanalyse erweiterte ich mein Wissen systematisch durch das Lesen thematisch relevanter theoretischer Konzepte.

Das Bewusstsein über die eigene berufliche Sozialisation und Rolle der Forscherin als „Insiderin“ (Pehlke-Milde, 2012), war im gesamten Forschungsprozess präsent. Die gemeinsame berufliche Identität mit den Befragten erleichterte einerseits den Feldzugang, erschwerte jedoch gleichzeitig die Interviewführung. Zu diesem Ergebnis kam auch Pehlke-Milde (2012), die bei Expertinneninterviews mit Hebammen einen erschwerenden Zugang zum impliziten Wissen der Befragten wahrnahm, da dieses von den Befragten als selbstverständlich vorausgesetzt wurde. Diese Erfahrung aufgreifend, wurde in der vorliegenden Studie zum Gesprächsbeginn die Rolle der Interviewerin als Forscherin betont. Wichtig ist es, eine Balance zwischen den Rollen zu finden, um einerseits eine offene, ehrliche Beziehung zu den Befragten zu entwickeln und Vertrauen herzustellen und andererseits die analytische Distanz wahren zu können (Burns, Fenwick, Schmied & Sheehan, 2012).

Um eine kritische Selbstreflexion im Forschungsprozess zu gewährleisten, kamen verschiedene Verfahren zur Anwendung (Breuer, (2010, S. 128f.). Hierzu gehörte das Schreiben eines Forschungstagebuches, in dem alle Gedanken, Assoziationen und Erfahrungen in Bezug auf das Ziel der Studie festgehalten wurden. Daneben erfolgte regelmäßig eine Reflexion von Interaktionen im Datenerhebungsprozess nach den Interviews, diese wurden in den Interviewprotokollbögen dokumentiert. Dabei standen Besonderheiten bei der Kontaktaufnahme mit den Befragten und bei den Interaktionen in den Interviewsituationen im Vordergrund. Weiterhin erfolgte ein fachlicher Austausch mit den Mitgliedern der Forschungs-Peer-Group an der Hochschule Osnabrück und den Doktoranden im Forschungskolleg Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke. Die regelmäßigen Zusammenkünfte halfen dabei, eigene Standpunkte und Sichtweisen differenzierter wahrzunehmen (Muckel, 1996, S. 75). Zudem wurden die Ergebnisse auf einem internationalen Symposium sowie einer Fachtagung des Verbund Hebammenforschung präsentiert und mit anderen Forscherinnen und Forschern sowie Expertinnen und Experten aus der Berufspraxis diskutiert. Kritische Anmerkungen wurden im Forschungstagebuch dokumentiert und konnten im weiteren Verlauf in den Forschungsprozess integriert werden.

3.3.2 Zugang zum Feld und Sampling

Die Grundlage dieser Studie bilden qualitative Interviews mit freiberuflichen Hebammen, die in der ambulanten Wochenbettbetreuung tätig sind. Der Zugang zu den teilnehmenden Hebammen erfolgte nach dem Schneeballprinzip über Gatekeeper, über einen Aufruf auf dem Hebammenkongress 2013 sowie über persönliche berufliche Kontakte. Über die Hälfte der Teilnehmerinnen (N=15) wurden über persönliche berufliche Kontakte gewonnen. Sieben weitere Teilnehmerinnen meldeten sich nach dem Aufruf auf einem Hebammenkongress, auf dem ich ein Poster zum Forschungsvorhaben präsentierte und einen Workshop zur Wochenbettbetreuung moderierte. Über verschiedene Schlüsselpersonen wurden sechs weitere Teilnehmerinnen rekrutiert. Zu diesen *Gatekeepern* gehörten Landesvorsitzende und andere Beauftragte des DHV e.V. sowie eine Lehrerin für Hebammenwesen, die das Informationsanschreiben an die Alumni der Hebammenschule weiterleitete. Mit den unterschiedlichen Zugangswegen konnte dem von Helfferich (2011, S. 174) beschriebenen Nachteil eines zu homogenen und engen Rekrutierungskreises beim Schneeballsystem entgegengewirkt werden. Alle potentiellen Teilnehmerinnen bekamen zunächst ein allgemeines Anschreiben mit Informationen zum Forschungsvorhaben. Bei Interesse erfolgte eine Terminabsprache per Telefon oder per E-Mail. Offene Fragen wurden bei Bedarf geklärt. Vor Beginn der Datenerhebung erhielten alle Teilnehmerinnen ein ausführliches Informationsanschreiben und wurden über die mit der Studie verfolgten Ziele und Modalitäten der Studie aufgeklärt.

Grundsätzlich war die eigene Qualifikation als Hebamme für den Feldzugang hilfreich. Sie erleichterte die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und die Akzeptanz als Forscherin. Die Interviewpartnerinnen stellten sich gerne zur Verfügung. Die abschließende Frage nach der Motivation der Hebammen, an diesem Interview teilzunehmen, ergab, dass es den meisten Teilnehmerinnen wichtig war, über ihre Arbeit in der Wochenbettbetreuung zu berichten. Daneben wurden auch pragmatische Gründe, wie freie zeitliche Kapazitäten oder ein erwarteter geringer Aufwand, angegeben.

Die Datenerhebung erfolgte auf der Basis eines heterogenen Samples. Da bereits zu Beginn der Studie Kriterien für die Zusammensetzung der Fälle festgelegt wurden, handelt es sich um eine bewusste Fallauswahl mit vorab festgelegten Strategien (Flick, 2011, S. 155f.). In die Studie wurden Hebammen eingeschlossen, die zum Zeitpunkt der Erhebung mindestens über eine zweijährige Berufserfahrung vorrangig im ambulanten Setting verfügten und Frauen und Kinder in der Lebensphase des Wochenbettes begleitet hatten. Im Vordergrund für die Auswahl stand, dass die Hebammen hauptberuflich

einer freiberuflichen Tätigkeit in einem Umfang von mindestens 20 Stunden pro Woche nachgingen. Somit wurde sichergestellt, dass die Studienteilnehmerinnen über eine ausreichende Berufserfahrung verfügten und im Interview auf dieses Erfahrungswissen zurückgreifen konnten. Um den Forschungsgegenstand möglichst umfassend abzubilden, waren weitere Merkmale für die Rekrutierung relevant. Es wurden Hebammen aus unterschiedlichen Betreuungssettings, wie allein arbeitende oder in einer Hebammenpraxis bzw. in einem Geburtshaus tätige Hebammen, rekrutiert. Zusätzlich wurde bei der Auswahl auf unterschiedliche strukturelle Rahmenbedingungen, wie Tätigkeit in ländlichen oder städtischen Regionen, sowie auf die Einbeziehung von Hebammen aus verschiedenen Bundesländern geachtet. Die Rekrutierung von Teilnehmerinnen aus verschiedenen Bundesländern war vor dem Hintergrund in Deutschland bestehender föderalistischer Strukturen und der damit verbundenen bundeslandspezifischen Hebammenberufsordnungen interessant. Die in einigen Regionen Deutschlands unterdurchschnittliche Versorgungslage mit Hebammenhilfe (Albrecht et al., 2012), lässt regional unterschiedliche Arbeitsbedingungen der Hebammen erwarten und wurde daher bei der Auswahl des Samplings berücksichtigt. Insgesamt wurden 28 Hebammen in das Sample eingeschlossen, die die Vielfalt der in der Wochenbettbetreuung tätigen Hebammen repräsentieren. Die Repräsentativität des Sample zeigte sich auch darin, dass sich zum Ende der Datenerhebungsphase Aussagen in den Interviews wiederholten und die Daten keine neuen Erkenntnisse lieferten.

3.3.3 Zusammensetzung des Samples

Das Sample dieser Studie setzte sich aus 28 freiberuflich tätigen Hebammen zusammen. Die Teilnehmerinnen kamen aus acht verschiedenen Bundesländern und arbeiteten sowohl in städtischen als auch ländlichen Regionen. Zum Schutz der Anonymität der Hebammen wird in der folgenden Tabelle 1 auf die Angabe der regionalen Zugehörigkeit und weiterer Merkmale verzichtet.

TN	Berufserfahrung	Tätigkeitsform	Betreute Frauen/Monat	Interviewdauer (min)
1	10 Jahre	Angestellt, freiberufliche Nebentätigkeit (SV, WB)	3	35
2	23 Jahre	Freiberuflich (SV, GBV, WB, RB)	10	75
3	2 Jahre	Freiberuflich (SV, GBV, HG, BG, WB)	5	74
4	19 Jahre	Freiberuflich (SV, GBV, WB, RB)	5-8	67
5	20 Jahre	Freiberuflich (WB)	4-5	47
6	18 Jahre	Freiberuflich (SV, WB)	5	58
7	25 Jahre	Freiberuflich (SV, WB)	5	49
8	33 Jahre	Freiberuflich (WB)	6-8	79
9	20 Jahre	Freiberuflich (SV, WB)	4	58
10	3 Jahre	Freiberuflich (SV, BG, GBV, WB)	3-6	69
11	12 Jahre	Angestellt, freiberufliche Nebentätigkeit (GBV, WB, RB)	12	140
12	9 Jahre	Angestellt, freiberufliche Nebentätigkeit (WB, RB)	6-7	
13	22 Jahre	Angestellt, freiberufliche Nebentätigkeit (SV, GBV, WB, FH)	10	116
14	4 Jahre	Angestellt, freiberufliche Nebentätigkeit (GBV, WB, RB)	5	65
15	24 Jahre	Freiberuflich (SV, GBV, WB, RB)	5-7	71
16	20 Jahre	Freiberuflich (SV, GBV, HG, WB, RB)	7-12	70
17	3,5 Jahre	Angestellt, freiberufliche Nebentätigkeit (GBV, WB)	5-10	54
18	4 Jahre	Freiberuflich (SV, GBV, WB, RB)	4	70
19	35 Jahre	Freiberuflich (SV, GBV, WB, RB)	5-12	81
20	30 Jahre	Freiberuflich (SV, BG, GBV, WB)	6	59

TN	Berufserfahrung	Tätigkeitsform	Betreute Frauen/Monat	Interviewdauer (min)
21	10 Jahre	Freiberuflich (SV, GBV, WB, RB)	6-8	57
22	33 Jahre	Angestellt, freiberufliche Nebentätigkeit (SV, GBV, WB)	5	62
23	25 Jahre	Freiberuflich (SV, GBV, WB, RB)	4	75
24	17 Jahre	Freiberuflich (SV, WB)	7	90
25	7 Jahre	Freiberuflich (SV, GBV, WB, RB)	4-6	98
26	32 Jahre	Freiberuflich (SV, GBV, HG, GHG, WB, RB)	10	51
27	32 Jahre	Freiberuflich (SV, GBV, HG, GHG, WB, RB)	8-10	48
28	3 Jahre	Freiberuflich (SV, GBV, WB, RB)	4-5	81

Tabelle 1: Gesamtüberblick Sample

Legende: SV=Schwangerenvorsorge, GBV=Geburtsvorbereitung, HG=Hausgeburten, GH=Geburtshausgeburten, BG=Beleggeburten, WB = Wochenbettbetreuung, RB=Rückbildungsgymnastik-Kurs, FH=Familienhebamme; Teilnehmerin 11 und 12 wurden gemeinsam interviewt

Die Angaben in der Tabelle verdeutlichen die Heterogenität des Samples bezüglich des Ausmaßes der Berufserfahrung, der Art und Weise der Tätigkeitsausübung sowie der Anzahl der betreuten Frauen im Monat. Das Sample repräsentiert freiberufliche Hebammen, Hausgeburts- und Beleghebammen sowie angestellte Hebammen mit freiberuflicher Nebentätigkeit. Die Mehrheit der Hebammen war ausschließlich freiberuflich tätig (N=21), ein geringerer Teil (N=7) arbeitete angestellt in der Klinik und übte die freiberufliche Arbeit als Nebentätigkeit aus. Die durchschnittliche Berufserfahrung der Hebammen betrug 17,7 Jahre, mit einer Spannweite zwischen zwei und 35 Jahren. Die durchschnittliche Anzahl der betreuten Frauen pro Monat lag bei sechs, mit einer Spannbreite zwischen drei und 12.

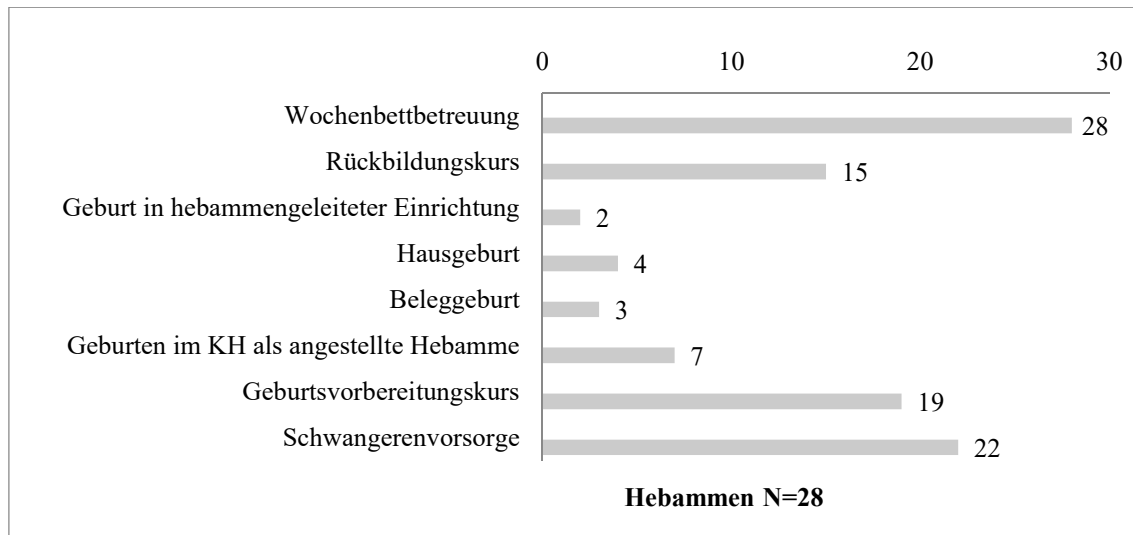


Abbildung 1: Verteilung des Leistungsangebotes der Hebammen
(Mehrfachnennung möglich, N=28)

Alle Hebammen waren aufgrund des Einschlusskriteriums in der Wochenbettbetreuung tätig. Einige Hebammen boten neben ihrer Arbeit in der Wochenbettbetreuung zusätzliche Leistungen entsprechend dem Vertrag über Hebammenhilfe nach §134a SGB V an. Die Mehrheit der ausschließlich freiberuflichen Hebammen war nicht in der Geburtshilfe tätig. Nur vier der befragten Hebammen begleiteten zum Zeitpunkt der Datenerhebung außerklinische Geburten, davon boten alle vier Hebammen Hausgeburten an und zwei Hebammen Geburten in einer Hebammengeleiteten Einrichtung. Obwohl die Zahlen zu der Verteilung der Leistungsangebote der Hebammen in Abbildung 1 nicht auf die Gesamtheit der Hebammen in Deutschland übertragbar sind, liefern sie ein exemplarisches Abbild der Arbeitsrealität freiberuflich tätiger Hebammen. Im Vergleich mit den Daten der IGES-Studie, in der ca. 3.600 Hebammen befragt wurden, sind keine signifikanten Unterschiede zur Häufigkeit einzelner Leistungen der Hebammenhilfe erkennbar (Albrecht et al., 2012).

Die befragten Hebammen arbeiteten in Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 44,8 Jahre, wobei die jüngste Hebamme 25 Jahre alt und die älteste 63 Jahre alt war. Von den 28 teilnehmenden Hebammen verfügten 18 über eine Hochschulreife und zehn über eine mittlere Reife. Alle Interviewpartnerinnen hatten eine Berufsausbildung zur Hebamme absolviert. Keine der Teilnehmerinnen verfügte über ein Hebammenspezifisches Studium. Sechs Teilnehmerinnen hatten vor der Hebammenausbildung einen anderen Beruf erlernt (Krankenpflegehelferin, Arzthelferin, Sozialassistentin, Zoo- und Tierpflegerin, Heilpraktikerin,

Fotodesignerin). Zwei der Befragten hatten vor der Hebammenausbildung eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin abgeschlossen. Drei Befragte hatten einen Hochschulabschluss (Dipl.-Medizinpädagogin, Dipl.-Sozialarbeiterin, Master of Higher Education). Eine Hebamme hatte die Weiterbildung zur Familienhebamme absolviert und arbeitete auch als Familienhebamme, eine weitere Befragte befand sich zum Zeitpunkt der Studie in dieser Weiterbildung.

3.3.4 Offene Leitfadeninterviews

Die Datenerhebung erfolgte über *offene Leitfadeninterviews* (Kruse, 2014, S. 279; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 138ff.). Bei offenen Leitfadeninterviews handelt sich um eine Mischform zwischen narrativen und strukturierten Interviews. Die Strukturierung dient dabei der Generierung narrativer Teilerzählungen (Helfferich, 2011, S. 179). Diese Interviewform ist für die Bearbeitung klar eingegrenzter Fragestellungen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 140) und zur Rekonstruktion subjektiver Theorien und Formen des Alltagswissen bei gleichzeitiger Gewährleistung einer maximalen Offenheit (Helfferich, 2011, S. 179) geeignet. Darüber hinaus bietet ein Leitfadeninterview den Interviewenden die Möglichkeit, Themen einzuführen und in den offenen Erzählraum strukturierend einzugreifen (ebd.). Die Güte der Daten von Interviews wird sowohl durch die Haltung der Interviewenden als auch den Leitfaden selbst bestimmt. Nachfolgend wird zunächst die Leitfadenentwicklung beschrieben und der Aufbau des Leitfadens nach Themenkomplexen vorgestellt.

Die Fragen im Leitfaden bestimmen unter anderem die Ausgewogenheit zwischen der in der qualitativen Sozialforschung postulierten Offenheit und der Strukturierung durch den Leitfaden (Kruse, 2014, S. 216f.). Werden bei der Konstruktion des Interviewleitfadens bestimmte Aspekte beachtet, kann der Widerspruch zwischen den thematischen Vorgaben und dem monologischen Rederecht des Interviewten umgangen werden. Im Vordergrund stehen dabei die flexible Handhabung von Strukturierung und Offenheit sowie von offenen Erzählaufforderungen und Fragestellungen (ebd.). Die Konzeption des Leitfadens und die Durchführung der Interviews erfolgten vor diesem theoretischen Hintergrund.

Mit der Frage nach dem professionellen Handeln von Hebammen in der ambulanten Wochenbettversorgung standen im vorliegenden Forschungsvorhaben die berufliche Praxis und Sichtweisen der Befragten in ihrem Tätigkeitsfeld im Vordergrund. Dabei sollten alle relevanten Themenkomplexe detailliert behandelt und die Aussagen der

Hebammen verglichen werden. Somit diene der Leitfaden der thematischen interview-übergreifenden Strukturierung und erleichterte bei der Datenauswertung die vergleichende Analyse (Helfferich, 2011, S. 180; Lamnek, 2010, S. 181).

Um das Grundprinzip der Offenheit zu wahren und gleichzeitig die für das Forschungsinteresse notwendige Orientierung vorzugeben, wurde der Interviewleitfaden mit dem *SPSS-Verfahren* entwickelt (Helfferich 2011). Neben der Unterstützung bei der Leitfadenerstellung beinhaltet dieses Verfahren gleichzeitig die Reflexion des eigenen theoretischen Vorwissens sowie der impliziten Erwartungen an die von den Befragten zu produzierenden Erzählungen (ebd. S. 182).

Das *SPSS-Verfahren* gliedert sich in die vier Schritte *Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren*. Zunächst wurden im Sinne eines Brainstorming-Verfahrens alle Fragen gesammelt, die im Zusammenhang mit dem Forschungsgegenstand von Interesse sind. Diese Sammlung erfolgte ohne Rücksicht auf konkrete Formulierungen bzw. auf inhaltliche Relevanz einzelner Fragen. In einem zweiten Schritt wurden die Fragen auf ihre Eignung für das Interviewverfahren überprüft. Als Kriterien standen dabei die Offenheit der Fragen, die Fokussierung auf das Erkenntnisinteresse sowie auf implizite Erwartungen, die mit der Frageformulierung verbunden waren, im Vordergrund. Anschließend wurden die verbleibenden Fragen und Stichworte nach inhaltlichen Aspekten sortiert und zu Themenkomplexen zusammengefasst. In einem letzten Schritt wurde für jeden Themenkomplex eine einfache Erzählaufforderung formuliert, unter der die Einzelaspekte subsumiert werden konnten. Dabei wurde auf die Auswahl eines geeigneten erzählgenerierenden Impulses geachtet, damit möglichst viele Themen von den befragten Hebammen alleine angesprochen wurden (Helfferich, 2011, S. 182ff.).

Der Arbeitsprozess des SPSS-Verfahrens sollte in einer Gruppe oder einem Projektteam durchgeführt werden (Kruse, 2014, S. 235). Im vorliegenden Forschungsprojekt wurde der erste Schritt des Verfahrens, das Sammeln der Fragen, im Rahmen eines wissenschaftlichen Methodenworkshops gemeinsam mit den Workshop-Teilnehmerinnen umgesetzt. Impulsgebend waren dabei die Ziele des Forschungsprojektes, eigene Felderfahrungen und theoretisches Vorwissen der Forscherin. Die gesammelten Fragen wurden anschließend innerhalb der eigenen Forschungspeergroup sowie mit den betreuenden Professoren reflektiert. Abschließend wurde der Leitfaden in Anlehnung an die SPSS Methode (Helfferich, 2011) entwickelt.

Jedes Thema wurde in unterschiedliche Frageformen differenziert und in einer Tabelle in vier Spalten sortiert (Helfferich, 2011, S. 185; Kruse, 2014, S. 217):

- Erzählaufforderung
- Stichpunkte zu inhaltlichen Aspekten, die als „*Memos*“ für mögliche Nachfragen dienten
- konkrete Nachfragen, die obligatorisch an die Interviewpartnerinnen gestellt wurden
- Aufrechterhaltungsfragen.

Die Fragen in der vierten Spalte dienten der Aktivierung oder Aufrechterhaltung einer Versprachlichungspassage, ohne dabei eine externe Relevanzsetzung vorzunehmen (Kruse, 2014, S. 224). Alle Fragen wurden offen und erzählgenerierend formuliert. Im Folgenden wird der Leitfaden vorgestellt und die einzelnen Themenkomplexe näher beschrieben.

Der Leitfaden beinhaltete acht Themenkomplexe und gliederte sich in eine Eröffnungsfrage, acht Hauptleitfragen und eine Abschlussfrage. Die *Eröffnung des Interviews* erfolgte über einen narrativen Einstieg. Die Frage nach den ausschlaggebenden Gründen für eine Tätigkeit in der Wochenbettbetreuung diente einerseits dazu, den Gesprächsfluss der Befragten anzuregen und gleichzeitig ihre Motivation, in der Wochenbettversorgung tätig zu sein, zu erfahren.

Die *ersten beiden Leitfragen* konzentrierten sich auf das konkrete Handeln der Hebammen in einer von ihnen gewählten Situation: „*Erzählen sie doch bitte etwas von ihrem letzten Wochenbettbesuch - wie ist der abgelaufen?*“ sowie „*Können Sie von einer schwierigen Situation erzählen?*“ Über die von den Hebammen gewählten Beispiele und Aussagen war es möglich, etwas über ihre Vorgehensweise in ihrer beruflichen Praxis zu erfahren und eine subjektive Definition ihrer Arbeitsaufgaben und ihrer normativen Vorstellungen zum Handlungsfeld zu generieren. Zusätzlich zu den offenen Leitfragen wurden situativ konkrete Nachfragen gestellt, um weitere Informationen über die Betreuungskonzepte der Hebammen zu erhalten. Die *dritte Leitfrage* fokussierte auf die Sichtweise der Hebammen zum Themenbereich Gesundheit von Mutter und Kind und auf das Verständnis von physiologischen und pathologischen Wochenbettverläufen. Konkrete Nachfragen bezogen sich auf den allgemeinen Gesundheitsbegriff und die Dokumentation des Gesundheitszustandes. Die *vierte Leitfrage* thematisierte die Wissensbestände der Hebammen. Mit einer offenen Erzählaufforderung, wie sich das Han-

deln der Befragten mit zunehmender Berufserfahrung geändert hat, sollte die Rolle von Wissen und Erfahrungen in der täglichen Berufspraxis beleuchtet werden. Konkrete situativ gestellte Nachfragen zielten auf den Wissenserwerb und implizite Aspekte der Entscheidungsfindung ab. Mit der *fünften Leitfrage* wurden die Interviewten nach der Bedeutung des Wochenbettes befragt, um das berufliche Verständnis der Hebammen zu beleuchten. Die *Leitfragen sechs* und *sieben* thematisierten die Rolle der Familie im Wochenbettverlauf, die Zusammenarbeit der Hebamme mit anderen Berufsgruppen sowie Aspekte der sektorenübergreifenden Versorgung. Die *letzte Leitfrage* war wiederum eine assoziative Frage und zielte auf die Rollenwahrnehmung und Werteorientierung der Hebammen ab. Den Abschluss bildete eine *offene Ausstiegsfrage*. Damit wurde das Interviewende von der Teilnehmerin selbst bestimmt.

Die folgende Tabelle 2 zeigt den Aufbau des Gesprächsleitfadens beispielhaft für den ersten Themenkomplex. Eine vollständige Kopie des Leitfadens befindet sich im Anhang.

Leitfrage 1: Erzählen Sie doch bitte etwas von ihrem letzten Wochenbettbesuch - wie ist der abgelaufen?		
Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen
Berufliche Praxis Vorgehensweisen Aufgaben, Zuständigkeiten, Vorlieben Subjektive Definition, Arbeitsaufgaben Arbeitsorganisation Versorgungsauftrag	Was machen Sie so tagtäglich in ihrer fachlichen Arbeit? Was halten Sie für Ihre Aufgaben in der Wochenbettbetreuung? Welche Themen sprechen Sie immer an? Wie viele Besuche machen Sie im Durchschnitt? Woran orientieren Sie sich bei der Besuchsfrequenz?	Können Sie mir noch etwas über Ihre Arbeit erzählen? Gibt es sonst noch etwas? Beispiele? Gibt es Themen, die Sie nicht ansprechen? Woran liegt es, wenn Sie eine Frau länger betreuen?

Tabelle 2: Leitfadengliederung nach Frageformen

3.3.5 Datenerhebung und -aufbereitung

Die Datenerhebung erfolgte in zwei Erhebungsrunden von April 2013 bis Februar 2014 (N=16) sowie von Dezember 2014 bis März 2015 (N=12). Die Interviewlänge betrug zwischen 35 und 140 Minuten und im Durchschnitt 68 Minuten.

Die Datenerhebung erfolgte in der Regel im Rahmen von Einzelgesprächen. Insgesamt wurden 27 Interviews mit 28 Teilnehmerinnen durchgeführt. In einem Fall wurde dem Wunsch zweier Studienteilnehmerinnen entsprochen, das Interview aus Zeitgründen gemeinsam zu führen (TN-Nr. 11 und 12). Dies erwies sich als praktikabel, da sich beide Teilnehmerinnen kannten und beruflich in engem Austausch miteinander standen.

Die transkribierten Interviewabschnitte wurden anschließend getrennt analysiert. Dabei wurde die Option sich gegenseitig beeinflussender Gedankengänge aufgrund von Diskussionen zwischen den Teilnehmerinnen bei der Auswertung berücksichtigt.

Um dem explorativen Forschungsprozess der vorliegenden Studie mit der für die qualitative Forschung notwendigen Flexibilität zu begegnen (Lamnek, 2010, S. 23), erfolgte nach dem ersten Erhebungszeitraum (N=16 Interviews) ab März 2014 eine vorläufige Analyse der Daten. Diese diente dazu, den erzielten Erkenntnisfortschritt für die zweite Interviewphase zu verwerthen und führte zu einer geringfügigen Überarbeitung des Leitfadens. Dabei wurde der Leitfaden um einige Fragen erweitert, um vorläufig entwickelte Kategorien zu verifizieren. Durch die Änderungen wurden ein erweiterter Fokus der Wochenbettbetreuung, das Gesundheitsverständnis der Hebammen sowie die für eine adäquate Wochenbettbetreuung notwendigen Ausbildungsinhalte gezielter thematisiert. Zusätzlich wurden einige Leitfragen mit dem Ziel einer stärker erzählgenerierenden Formulierung revidiert. Die Möglichkeit der Nachjustierung von Erhebungsinstrumenten ist eine Stärke qualitativer Verfahren und spielt bei der Generierung neuer Erkenntnisse eine entscheidende Rolle (Kruse, 2011, S. 15). Nach Adjustierung des Leitfadens erfolgte die zweite Datenerhebung von Dezember 2014 bis März 2015 (N=12 Interviews).

Interviewdurchführung

Bei der Datenerhebung wurden die grundlegenden methodologischen Aspekte qualitativer Interviews, Offenheit, Zurückhaltung und Flexibilität der Forscherin berücksichtigt (Helfferich, 2011; Kruse, 2014; Lamnek, 2010; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009). Grundsätzlich gilt, dass die Interviewpersonen an Orten ihres lebensweltlichen Zusammenhangs befragt werden sollen (Kruse, 2014, S. 261). Um den organisatorischen und zeitlichen Aufwand für die Teilnehmerinnen so gering wie möglich zu halten, konnten die Hebammen Ort und Zeitpunkt des Interviews selbst bestimmen. 15 Interviews fanden in der Wohnung der Teilnehmerinnen, sechs Interviews in der Hebammenpraxis bzw. im Geburtshaus, und drei Interviews in der Wohnung der Forscherin statt. Zusätzlich wurden vier Interviews an öffentlichen Orten durchgeführt. Davon fanden zwei Interviews auf dem Hebammenkongress, ein weiteres in einer Bildungseinrichtung und ein Interview auf Wunsch der Teilnehmerin in einem Café statt. Nach Kruse (2014) kann der Interviewort die Strukturierung der Textproduktion beeinflussen. Diese These konnte für die vorliegende Datenerhebung bestätigt werden. Bei Interviews, die in den Hebammenpraxen sowie im Geburtshaus durchgeführt wurden, nutzten die Hebammen

im Vorfeld oder im Anschluss des Interviews die Gelegenheit, ihr Arbeitsumfeld sowie ihnen im Zusammenhang mit dem Interview wichtig erscheinendes Informationsmaterial zu präsentieren. In einem weiteren Fall musste das Interview auf Wunsch der Studienteilnehmerin unterbrochen werden und wurde anschließend während einer Autofahrt weitergeführt. Dies erwies sich für die Interviewqualität insofern als problematisch, da die Nebengeräusche sehr laut und einzelne Worte schwer zu verstehen waren.

Bevor ein Interview mit der offenen Einstiegsfrage begonnen wurde, erhielten alle Teilnehmerinnen Einstiegsinformationen zur Orientierung. Die Gestaltung des Ausstiegs erfolgte ebenfalls einheitlich bei allen Teilnehmerinnen mit einer offen gehaltenen Ausstiegsfrage. Dadurch hatten die interviewten Hebammen Gelegenheit, Themen anzusprechen, die noch nicht erwähnt wurden. Viele Hebammen nutzten den Anlass, um für sie relevante Themen noch einmal aufzugreifen (Kruse, 2014, S. 279) oder beispielsweise eine allgemeine Kritik an der Ausübung der Praxis in der Geburtshilfe anzubringen. Während die Aufklärung zur Einwilligung für das Interview bereits vor Beginn des Interviews erfolgte, wurde die Einverständniserklärung von allen Studienteilnehmerinnen erst nach Beendigung des Interviews unterschrieben. Dadurch wurde den Teilnehmerinnen die Chance auf eine informierte Entscheidung ermöglicht und gewährleistet diese mit Reflexion auf das bereits Erzählte treffen zu können.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass der Leitfaden während der Datenerhebung nicht im Sinne eines starren Instrumentes genutzt wurde, sondern flexibel gehandhabt wurde (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 144). Um eine größtmögliche Offenheit zu gewährleisten, wurde die Reihenfolge der Fragen im Vorfeld nicht festgelegt, sondern sie orientierte sich an den subjektiven Relevanzstrukturen der Befragten. Das Ausmaß der Vertiefung einzelner Themenbereiche wurde durch die Interviewteilnehmerinnen selbst bestimmt und die Reihenfolge der Fragen dabei situativ dem Gesprächsfluss angepasst. Die Leitfragen gaben eine Orientierung für den Gesprächsverlauf; freie Äußerungen der Hebammen waren aber ausdrücklich erwünscht und wurden unterstützt. Diese Gelegenheit wurde von den Hebammen ausgiebig genutzt. Sie gaben offen Auskunft über ihre beruflichen Handlungsfelder und persönlichen Sichtweisen und gewährten dadurch der Forscherin einen umfassenden Einblick in ihren Berufsalltag.

Für eine Aufarbeitung des Sinngehaltes der sprachlichen Äußerungen über eine rekonstruktive Analyse ist eine deindexalisierende Gestaltung der qualitativen Interviewführung notwendig (Kruse, 2014, S. 84). Um zu vermeiden, dass die Befragten,

aufgrund der fachlichen Kenntnisse der Interviewerin ihre Aussagen zum Handlungsfeld auf das Nötigste beschränken, wurde zu Beginn die Rolle der Forscherin betont. Dem Prinzip der Deindexikalisierung folgend, wurde während des gesamten Interviews darauf geachtet, bei Unklarheiten oder bei einem zu selbstverständlichen Umgang mit Fachbegriffen, detailliert nachzufragen. Mit der Frage „*Können Sie das genauer erklären?*“ wurde vermieden, den Interviewpartnerinnen Deutungsangebote zu machen (ebd.).

Neben dem Leitfaden wurden zwei weitere Datenerhebungsinstrumente eingesetzt. Dabei handelte es sich zum einen um einen Kurzfragebogen zur Erfassung wichtiger beruflicher Daten. Alle Studienteilnehmerinnen wurden gebeten, diesen erst im Anschluss an das Interview auszufüllen. Damit sollte vermieden werden, dass Hebammen nach der Beantwortung eines standardisierten Fragebogens auch im Interview auf erzählgenerierende Fragen kurz und knapp antworten. Für die forschungsbegleitende Dokumentation kam ein Interviewprotokollbogen nach jedem Interview zur Anwendung. In diesem Dokument wurden wichtige Aspekte, wie die Interviewatmosphäre, Interaktionen und schwierige Passagen im Interview sowie Angaben über den Inhalt von Gesprächen vor und nach dem Einschalten des Aufnahmegeräts, festgehalten (Helfferich, 2011, S. 193; Lamnek, 2010, S. 335). Diese Angaben bildeten eine unterstützende Datengrundlage für die anschließende Analyse. Zusätzlich hatte der Protokollbogen auch einen überprüfenden Charakter, da Fragen zur Einverständniserklärung und weitere Absprachen notiert werden konnten (Helfferich, 2011, S. 193).

Datenaufbereitung

Die Interviews wurden mit einem digitalen Audiorekorder aufgenommen (Modell WS 811) und systematisch transkribiert. Mit einer systematischen Transkription wird sichergestellt, dass der Bezug der Interpretationen zu den Ausgangsdaten intersubjektiv überprüfbar bleibt (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 160). Entsprechend der Untersuchungsziele dieser Studie und aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurden die Daten vollständig mit Hilfe einfacher Transkriptionsregeln verschriftlicht (Kuckartz, 2010, S. 44f.). Dabei kamen die in Tabelle 3 gelisteten Regeln zur Anwendung.

Kriterium	Darstellung im Transkript
Wörtliche Transkription, leichte Sprachglättung ohne Dialekte	Nö. Viel kommt ja auch von den Frauen.
Pausen in Sekunden	(..) (4)
Stark betontes Wort	<u>Hebamme</u>
Lautäußerung	(lachen)
Hintergrundgeräusche	(Telefon klingelt)
Unverstandenes	(unklar 00:34:52-5)
Gedankenabbruch	/
Interviewerin	I:
Befragte Hebamme	H4:
Auslassung im Text	[...]

Tabelle 3: Transkriptionsregeln

Die Interviews wurden zeitnah transkribiert. Aus forschungsökonomischen Gründen wurde nach zwei eigenhändig angefertigten Transkriptionen ein professionelles Schreibbüro beauftragt. Das Schreibbüro erstellte anhand der vorgegebenen Transkriptionsregeln einen Textkörper, der im Anschluss von der Forscherin nachbearbeitet, bei Bedarf korrigiert und vollständig anonymisiert wurde. Dabei wurden alle Merkmale, die Rückschlüsse auf konkrete Personen erlauben, geändert und für Namen und Orte eine erklärende Umschreibung verwendet (Fuß & Karbach, 2014, S. 97).

3.3.6 Datenanalyse

Die Datenauswertung erfolgte auf Basis der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2012) in Kombination mit einem rekonstruktiv-hermeneutischen Vorgehen (Helfferich, 2015; Kruse, 2014). Das übergeordnete Ziel der Analyse lag in der Rekonstruktion der subjektiven Sicht der Hebammen auf ihre Berufspraxis sowie in einer Identifikation ihrer Deutungsmuster. Die Analyse erfolgte entsprechend der Datenerhebung in zwei Phasen sowie computergestützt durch das Programm MAXQDA 11.

Die Analyseansätze der qualitativen Sozialforschung bewegen sich in einem Spannungsfeld von inhaltsanalysierenden und rekonstruktiven Verfahren. Eine überzeugende Differenzierung qualitativer Analyseansätze nimmt Kruse (2014, S. 409) mit der Unterscheidung in inhaltsanalytische Verfahren als „äußerungsbezogen“ und rekonstruktive

Verfahren als „*aussagebezogen*“ vor. Während äusserungsbezogene Analysen auf konkret gemachte Äußerungen und damit auf das Gesagte fokussieren, zielen rekonstruktive Verfahren auf die Rekonstruktion von Aussagesystemen und ihrer Bedeutung ab (ebd.). Damit gelingt es, auch latente Sinnesstrukturen zu erfassen und einzelne Phänomene vertiefend zu beschreiben (Lamnek, 2010, S. 8). Während demzufolge Fragen nach den Aufgaben und Maßnahmen im Handlungsfeld einen stärker inhaltsanalytischen Bezug haben, können subjektive Aussagen besser rekonstruktiv untersucht werden. Da für das zu untersuchende Forschungsfeld inhaltliche Aspekte und Bedingungen sowie die subjektiven Sichtweisen der Hebammen zur professionellen Verortung in der Wochenbettbetreuung gleichermaßen bedeutend erschienen, wurden in der Konsequenz inhaltsanalytische mit rekonstruktiv-hermeneutischen Ansätzen kombiniert.

Hinsichtlich der Offenheit im Analyseprozess bewegen sich inhaltsanalytische Verfahren auf einem Kontinuum zwischen zusammenfassend-kategorisierenden und induktiv-orientierten Textanalysen (Kruse, 2014, S. 407). Da ein rein induktives Textverständnis, also ein Textverständnis nur aus sich selbst heraus, nicht möglich ist, steht auch hier eine hermeneutisch geprägte Vorgehensweise bei der Textinterpretation im Vordergrund (Kuckartz, 2012, S. 30f.). Diese beinhaltet neben der Reflexion des eigenen Vorverständnisses auch die Bearbeitung des Textes als Ganzes, die Bewusstmachung der hermeneutischen Differenz sowie die Unterscheidung zwischen der Indizierung von vorhandenen Themen und der Identifikation von Neuem (Kuckartz, 2012, S. 33).

Der Einstieg in den Analyseprozess erfolgte mit der inhaltlich *strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse*. Diese ist eine kategorienbasierte interpretative Form der Auswertung, die eine vollständige Kodierung des gesamten Materials erfordert (Kuckartz, 2012, S. 77). Ein erster Analyseschritt bestand in einer initiierenden Textarbeit (Kuckartz, 2012, S. 53). Ziel war es, zunächst ein Gesamtverständnis für einen Text auf der Basis der Forschungsfragen zu entwickeln. Dafür wurden die Transkripte sequentiell, Zeile für Zeile gelesen. Anschließend wurden eine resümierende Fallzusammenfassung aus der Perspektive der Forschungsfragen verfasst sowie zentrale Charakterisierungen des Einzelfalls festgehalten (Kuckartz, 2012, S. 53). Ziel war es, zunächst die Heterogenität der Aussagen darzustellen und Gemeinsamkeiten sowie stark voneinander abweichende Deutungen zu präsentieren. Nachfolgend wird eine Fallzusammenfassung exemplarisch abgebildet.

Fallzusammenfassung zum Thema Gesundheit von Mutter und Kind:

Über die Frage nach gesundheitlichen Problemen der Frau im Wochenbett muss die Interviewte zunächst eine Weile nachdenken. Sie erwähnt daraufhin, dass die Frauen Probleme mit Geburtsverletzungen haben und dadurch Einschränkungen in ihren Bewegungen und beim Sitzen erleben. Phasenweise gibt es immer wiederkehrende Probleme. Zum Zeitpunkt des Interviews hat sie das Gefühl es ist gerade eine „*offene Naht-Zeit*“.

Eine Ursache für die gesundheitlichen Probleme sieht sie in der frühen Belastung der Frauen. Die Frauen sollen sich ihrer Meinung nach mehr schonen, viel liegen und auch im Liegen stillen. Obwohl sie das Gefühl hat, sich „*den Mund fusselig zu reden*“, damit die Frauen sich schonen, halten diese sich nicht daran...und äußern hinterher Beschwerden. Ihrer Meinung nach wollen die Frauen „*raus*“, obwohl der Rückhalt in der Familie für Ruhe da wäre. Ehemänner (Partner) sind bei Hausbesuchen präsent, oft auch Großmütter und Freundinnen.

Weitere gesundheitliche Probleme erlebt sie eher selten. Auf meine Nachfrage erzählt sie, dass Kopfschmerzen ohne Ursache (wie bspw. eine PDA [Periduralanästhesie], Schlafmangel, Lochialstau, Brustentzündung) selten vorkommen. Alles hat für sie immer eine Ursache. Harnwegsinfekte oder Beschwerden der Frauen beim Wasserlassen erlebt sie eher im Frühwochenbett. Gelegentlich erlebt sie Frauen mit einer Mastitis, aber hier ist sie entspannt, so lange sich die Frauen an ihre Anweisungen halten. Die Frauen werden dann von ihr zur Ärztin/zum Arzt überwiesen, wenn sie das Gefühl hat, dass diese sich nicht an ihre Anweisungen halten, sie kein Vertrauen haben, oder die Frauen keinen familiären Rückhalt besitzen.

Mit Blick auf gesundheitliche Probleme der Kinder erwähnt die Interviewte nur „*gelbe*“ Kinder, die sie aber selten hat, weil sie die Frauen im Vorfeld gut über Stillen und Bonding aufklärt. Kinder mit Verdacht auf Neugeborenen-Ikterus werden von ihr zur Kontrolle/Überwachung die Klinik geschickt. Unsicherheiten der Eltern im Umgang mit dem Kind, Blähungen, Unruhe etc. finden keine Erwähnung.

Die sich nah am Text orientierende Fallzusammenfassung endete jeweils mit einer Zusammenstellung der zentralen Themen, die sich nach einem ersten Durchgang des Transkripts herauskristallisierten. Dabei wurden die Themen verdichtet und gebündelt und Dimensionen einzelner Kategorien analysiert. Das nachfolgende Beispiel stellt die Gesamtübersicht der zentralen Themen des Falles dar und geht demzufolge thematisch über den vorherigen Ausschnitt der Fallzusammenfassung „*Gesundheit von Mutter und Kind*“ hinaus.

Zentrale Themen:

- ⇒ Zentrales Konzept im Wochenbett: Ruhe und Schonung, mit Rückhalt aus der Familie
- ⇒ Rückhalt durch Familie (Partner, Großmutter, Freundin) ist wichtig für das Wohlbefinden und den gesundheitlichen Verlauf im Wochenbett
- ⇒ unterschiedliche Zeitpunkte des Auftretens von gesundheitlichen Beschwerden
- ⇒ Handlungen der Hebamme orientieren sich an: Berufserfahrung, Aus- und Fortbildung; bestimmte Sachen wurden immer schon so gemacht; Intuition; Bestätigung durch positive Rückmeldung der Frauen; bei Unsicherheiten Verweis auf/Überweisung an ärztliche Berufsgruppen
- ⇒ Psychosoziale Betreuung (soziale Unterstützung, Aufzeigen von Möglichkeiten wieder etwas Eigen-/Paarleben zurückzugewinnen, ohne mit dem Stillen aufzuhören)
- ⇒ Die Arbeit im Wochenbett wird von der Interviewten als minderwertig gegenüber anderen Hebammentätigkeiten eingeschätzt: „die große Verantwortung bei den Geburtssituationen“ und „ich bin ja nur Wochenbett-Hebamme“

In einem nächsten Analyseschritt wurden vorläufige Kategorien über die Clusterung und Gruppierung einzelner Begriffe entwickelt. Der Begriff *Kategorie* wird dabei als Ergebnis einer Klassifizierung von Einheiten verstanden. Eine Kategorie ist durch ihre Komplexität gekennzeichnet und bedarf einer genauen Definition (Kuckartz, 2012, S. 45f.). Das Spektrum der Kategorienbildung reicht bei der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse von vollständig induktiv entwickelten Kategorien bis hin zur Bildung von deduktiven, theoretisch abgeleiteten Kategorien. In den meisten Studien hat sich ein mehrstufiges Verfahren bewährt (Kuckartz, 2012, S. 77). Für die vorliegende Studie lag es nahe, sich dabei sowohl am Interviewleitfaden als auch an den zentralen Themen der Fallzusammenfassungen zu orientieren. Anschließend wurden die Themen bzw. Kategorien auf ihre konkrete Anwendbarkeit auf das empirische Material hin überprüft (Kuckartz, 2012, S. 80). Gleichzeitig erfolgte eine Ausdifferenzierung des Categoriesystems mit Definitionen und Beispielen aus dem Material. Nach Kuckartz (ebd.) wird für diesen Entwicklungsschritt zwischen 10 und 25 Prozent des gesamten Auswertungsmaterials benötigt. In der vorliegenden Studie bildeten zunächst neun Transkripte die Basis für diesen Auswertungsschritt.

Es folgte ein erster computergestützter Kodierprozess des gesamten, zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Materials aus 16 Interviews in MAXQDA. Der Vorgang des Kodierens verbindet die Kategorie und die Textstelle. Diese Verbindung bleibt während der gesamten Analyse bestehen. Daher ist es im Analyseprozess jederzeit ermöglicht, auf den zugrundeliegenden Text zurückzugreifen (Kuckartz, 2012, S. 48). Einer Textstelle

können mehrere Kategorien zugewiesen werden. Leitend für die Analyse ist der inhaltliche Aspekt der Aussagen im Interview und weniger die sprachliche Form der Aussage. Zunächst wurde der Text sequentiell und vollständig durchgegangen und dabei den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Anschließend wurden alle mit gleicher Kategorie kodierten Textstellen zusammengestellt. Die Sichtung des Materials anhand der fallübergreifenden Textstellen resultierte in einer weiteren Ausdifferenzierung der Hauptkategorien in Subkategorien. Die induktive Festlegung von Subkategorien am Material bzw. die Zuordnung bereits erarbeiteter Subkategorien ist ein wichtiger Schritt für alle Kategorien mit zentraler Bedeutung (Kuckartz, 2012, S. 84). Um eine inhaltliche Verdichtung des Materials zu erreichen, wurden zentrale Phänomene in Form von Memos beschrieben und mit typischen Originalzitate belegt. Das Schreiben von Memos im Sinne theoretischer Notizen war ein integraler Bestandteil im gesamten Forschungsprozess (Kuckartz, 2012, S. 55).

Nach kleineren Adjustierungen des Interviewleitfadens (vgl. *Kapitel 3.3.4*) erfolgte die zweite Datenerhebung, an der sich zeitnah eine Datenanalyse anschloss. Die Datenanalyse war in ihrer Vorgehensweise identisch mit der ersten Auswertungsphase. Entsprechend dem Prozesscharakter qualitativer Forschung wurde das Kategoriensystem bei fortschreitender Analyse sukzessive erweitert und verändert. Dabei wurden neue Subkategorien aufgenommen und die hierarchische Zuordnung innerhalb des Systems verändert. Abschließend erfolgte ein letzter Kodierprozess mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem am kompletten Material mit Hilfe des MAXQDA-Programmes. Die computergestützte nachträgliche Kodierung diente in erster Linie der Zuordnung von Textstellen und weniger dem Analyseprozess. Die Anwendung des Softwareprogramms erleichterte zudem das Zusammenstellen von Textstellen mit gleichen Kategorien, das Wiederauffinden relevanter Textstellen sowie die spezifische Strukturierung der Kategorien (Flick, 2011, S. 451ff.). Gemäß dem Prinzip der Offenheit war es so auch immer möglich, nahe an den Aussagen der Hebammen zu bleiben (Helfferich, 2015; Kruse, 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009).

Die folgende Tabelle 4 listet die thematischen Hauptkategorien der Studie.

Hauptkategorie	Beschreibung
Professionelles Selbstverständnis	alle Aspekte, die sich auf die professionelle Grundhaltung der Hebamme beziehen
Perspektiven Klientel	Sichtweisen der Hebammen auf Frauen und Familien und zum Leben mit dem Kind
Handlungsfeld Wochenbett	Bedeutung des Wochenbetts, die Wochenbettkultur aus Sicht der Hebammen
Handlungsgrundlagen	Grundlagen, auf denen das Hebammenhandeln beruht, Formen des Hebammenwissens
Rahmenbedingungen	Rahmenbedingungen im Versorgungskontext sowie Schnittstellen der Versorgungssituation
Handeln	Enthält sowohl inhaltliche Aspekte des konkreten Handelns der Hebammen (Was?) als auch die Umsetzung (Wie?)
Gesundheit	Gesundheitsverständnis der Hebammen sowie deren Sichtweisen auf und den Umgang mit gesundheitlichen Problemen von Mutter und Kind nach der Geburt

Tabelle 4: Thematische Hauptkategorien

Das *rekonstruktiv-hermeneutische Vorgehen* dieser Studie ist durch ein vertieftes Verstehen der Texte über Fallzusammenfassungen und die Verwendung ausschließlich grober Kategorien als Suchheuristik gekennzeichnet. Methodologische Grundprinzipien der rekonstruktiven Sozialforschung fokussieren die Frage nach dem *kommunikativ-konstruierten* Sinn des zu analysierenden Textes (Kruse, 2011, S. 12). Danach wird die Aufmerksamkeit bei rekonstruktiv-hermeneutischen Verfahren auf mikrosprachliche Aspekte gerichtet. Von zentraler Bedeutung dabei ist ein sequenzielles Vorgehen, das eine Beschreibung des Textes auf sprachlicher Ebene, die Trennung von Deskription und Interpretation sowie die Zurückhaltung in der Deutung beinhaltet (Helfferich, 2015; Kruse, 2014; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004). Die Textanalyse erfolgt mikrosprachlich anhand der drei Aufmerksamkeitsebenen Interview-Interaktion, sprachlich grammatikalische Besonderheiten/Syntaktik sowie Besonderheiten in der Wortwahl/Semantik (Kruse, 2014, S. 481). Dabei wird die Analyse ‚was‘ und ‚was nicht‘ gesagt wurde durch die Analyse ‚wie‘ etwas gesagt wurde ergänzt – da die Art und Weise, wie etwas gesagt wird, einer spezifischen Regel bzw. einem Sinn folgt (Kruse, 2014, S. 383).

Anhand der vorläufigen gebildeten Hauptkategorien wurde das Material in einem zweiten Durchgang geprüft; dabei wurden neue Kategorien und Subkategorien entwickelt. Dieser Prozess wurde von einer vertiefenden hermeneutischen Analyse besonders dichter Textpassagen begleitet. Diese Form der Analyse ist vor allem für Einstiegspassagen

offen geführter Interviews geeignet (Kruse, 2014, S. 580f.) In der vorliegenden Studie wurden die Einstiegspassagen aller Interviews unter der Berücksichtigung mikrosprachlicher Besonderheiten und der Beachtung des Prinzips der Indexikalität ausgewertet. Dieses Vorgehen sollte die Identifikation zentraler Themen innerhalb des zu untersuchenden Phänomenbereichs ermöglichen. Erfahrungsgemäß finden sich besonders in den Einstiegspassagen zentrale Motivlagen „*wie in einem Brennglas verdichtet*“ (Kruse, 2014, S. 580). Im Vordergrund der Analyse standen „*sprachlich-kommunikative Phänomene*“ (Kruse, 2014, S. 383) vor dem Hintergrund der interaktiven, syntaktischen und semantischen Besonderheiten (Helfferich, 2015; Kruse, 2014; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004).

Zusätzlich wurden weitere, für das Untersuchungsziel dieser Studie besonders relevant erscheinende Kategorien hermeneutisch-rekonstruktiv analysiert. Damit konnten zentrale Faktoren dieser Materialausschnitte verdichtet werden. In der Analyse zeigte sich beispielsweise, dass die Kategorie *Beziehungsgestaltung* fallübergreifend einen sehr großen Stellenwert einnimmt. Vor dem Hintergrund des professionstheoretischen Ansatzes dieser Arbeit lag es nahe, diese Kategorie hermeneutisch-rekonstruktiv zu analysieren. Nachfolgend ein exemplarischer Auszug aus dem Analysematerial:

Aspekte einer professionellen Beziehungsgestaltung

Anhand des nachfolgenden Interviewausschnitts, in dem die Hebamme auf meine Nachfrage Bezug nimmt, was es für sie bedeutet, ihre Arbeit „rund zu machen“, lassen sich relevante Aspekte einer professionellen Beziehungsgestaltung ableiten:

„Wenn ich jetzt eine Frau hab, die sich einen Tag vor der Geburt bei mir meldet [...], merke ich selber, dass oft so ein gewisser Kontakt fehlt und es dann nicht ganz so rund läuft, ja, weil mir ein Stück der Geschichte fehlt. Also es ist im Prinzip hat auch was mit Beziehung und Verbindung zu tun.“

Bereits der erste Satz im Zitat verweist darauf, dass das professionelle Handeln der Hebamme regelgeleitet ist. Die Einleitung „*wenn ich eine Frau habe, dann merke ich...*“ bezeichnet im Sinne einer hermeneutischen Interpretation eine „Wenn-Dann-Regel“. Wenn die Hebamme die Frau nicht kennt, weil diese sich erst so spät bei ihr meldet, dann bedeutet dies für ihr professionelles Handeln, dass sie die Frau und deren Ressourcen unter Umständen nicht so gut einschätzen kann. Sie beschreibt eine mangelnde Verbindung zur Frau „*ein gewisser Kontakt fehlt*“ und weiterhin, dass es „*dann nicht ganz so rund läuft*“ weil ihr „*ein Stück der Geschichte fehlt*“. Sie hält den mangelnden Beziehungsaufbau als eine mögliche Ursache dafür, dass die Wochenbettbetreuung nicht optimal verläuft. Hätte die Frau früher angerufen, hätte die Hebamme die Betreuung bereits in der Schwangerschaft beginnen können. Dies hätte zu einem umfangreicheren

und längeren Betreuungszeitraum geführt. Mit einer längeren Betreuung assoziiert sie: einen gewissen Kontakt, eine Geschichte ohne fehlendes Stück, ein rund laufendes Wochenbett sowie eine Beziehung und eine gewisse Verbindung mit der Frau. Die Hebamme hätte genau gewusst, wen sie vor sich hat und welche Erwartungen die Frau an ihre Betreuung hat. Die Tatsache, dass die Frau sich nach Bedarf bei der Hebamme meldet, um eine Wochenbettbetreuung zu erhalten, verweist auf den aktiven Anteil der Frauen bei der Gestaltung dieser professionellen Beziehung.

Die Metapher, „*dass etwas rund läuft*“, verweist auf einen funktionellen bzw. technischen Ansatz der Arbeit. Rund oder nicht rund läuft ein Motor, wenn er fehlerfrei funktioniert. Ein Wochenbett, das nicht rund läuft, antizipiert das potenzielle Auftreten unvorhergesehener Probleme, die bei entsprechendem Kontakt- und Beziehungsaufbau in der Schwangerschaft hätten vermieden werden können.

⇒ Faktoren einer professionellen Beziehungsgestaltung:

regelgeleitetes Handeln, ein relativ langer Betreuungszeitraum, eine aktive Partizipation der Frau, eine individuelle, frauenzentrierte Betreuung, eine nicht-direktive Arbeitsweise, eine funktionale Beziehung sowie eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Handlungsfeldes, Beziehung geprägt durch asymmetrischen Charakter (keine universelle Wechselseitigkeit) mit freundschaftlichen und kooperativen Elementen

Die Ergebnisbeschreibung erfolgte zunächst nach Hauptthemen und Kategorien und baute auf den theoretischen Memos auf. Im Vordergrund standen sowohl die Beschreibung der Kategorien und die Darstellung ihrer Dimensionen. Anhand der Kategorie „Beziehungsgestaltung“ soll dies in Tabelle 5 exemplarisch verdeutlicht werden.

Hauptkategorie	Subkategorie	Dimensionen
Handeln / Kontextuelle Handlungsdeterminanten	Beziehungsgestaltung	Relevanz im Betreuungskontext Balance zwischen Nähe und Distanz Aspekte der professionellen Beziehungsgestaltung

Tabelle 5: Dimensionen einer Kategorie

Weiterhin wurde zwischen den Hauptkategorien nach einem Zusammenhang aller Hauptkategorien gesucht (Kuckartz, 2012, S. 94f.). Als zentrales Ergebnis ließ sich eine übergeordnete Perspektive ableiten, die das Zusammenspiel aus *handlungsleitenden Sichtweisen*, *Handlungsgrundlagen* sowie den spezifischen *Handlungsdeterminanten der Wochenbettbetreuung* berücksichtigt.

- ⇒ **Handlungsleitende Sichtweisen:** Professionelle Verortung der Wochenbettbetreuung, Bedeutung des Wochenbetts in der Lebensphase, Heterogenität der Wöchnerinnen
- ⇒ **Hebammenkundliches Wissen als Handlungsgrundlage:** Fachliches Wissen, Erfahrungsgeleitetes Wissen, Intuitives Handlungswissen
- ⇒ **Handlungsdeterminanten:** Hebammenkundliches Handeln im Betreuungsverlauf, Unterstützung der Gesundheit von Mutter und Kind, Kontextuelle Handlungsdeterminanten, Strukturelle Handlungsdeterminanten

Die Ergebnisdarstellung im vierten Kapitel folgt dieser übergeordneten Perspektive.

3.3.7 Gütekriterien

Die Erläuterungen im nächsten Abschnitt beschreiben die Gütekriterien, die Relevanz für die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses der vorliegenden Studie besitzen.

Ein zentrales Gütekriterium qualitativer Forschungsarbeiten ist die „*intersubjektive Nachvollziehbarkeit*“, die nach Steinke (2000, S. 324) durch eine Dokumentation des Forschungsprozesses, durch die Interpretation in Gruppen sowie die Anwendung kodifizierter Verfahren gekennzeichnet ist. Die ausführliche Dokumentation des Forschungsprozesses dient dem Nachvollzug anderer Forscher und Forscherinnen in Bezug auf den Erkenntnisprozess (Kruse, 2014, S. 55). Dazu gehören neben den Vorannahmen der Forscherin, die Erhebungsmethoden mit den kontextuellen Faktoren, die Transkriptionsregeln sowie die Datenauswertung (Steinke, 2000, S. 324). Der Forschungsprozess dieser Studie wird ausführlich beschrieben. Sowohl die Begründung für das gewählte Verfahren als auch für einzelne Schritte der Adaptation im Forschungsverlauf werden detailliert offengelegt.

Entscheidend für die Herstellung von Intersubjektivität und Nachvollziehbarkeit ist die Interpretation in Gruppen (Kruse, 2014; Steinke, 2000). Die Reflexion einzelner Analyseschritte in der Gruppe dient der Sicherung der Validität (Steinke, 2000, S. 326). Die Analysearbeit in der Gruppe erhöht die Intersubjektivität und erweitert den Blick für alternative Lesarten eines Textes (Kruse, 2014, S. 57). In dieser Arbeit wurde der Forschungsprozess regelmäßig in unterschiedlichen Gruppen reflektiert. Die Analyse und Interpretation der Daten wurde während des gesamten Forschungsprozesses durch wissenschaftlich erfahrene Personen begleitet. Zu den Maßnahmen gehörten regelmäßige Arbeitssitzungen mit den betreuenden Professoren sowie methodische und thematische

Diskussionen innerhalb des *Doktorandenkollegs Pflegewissenschaft* der Universität Witten/Herdecke und in Koordinationssitzungen des übergeordneten Forschungsschwerpunktes *IsQua (Versorgung während der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett – Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung)* an der Hochschule Osnabrück. In einer Analysegruppe an der Hochschule Osnabrück, die aus Doktorandinnen des Forschungsschwerpunktes *IsQua* und *FamiLe* (Forschungskolleg *Familie im Lebensverlauf*) sowie einer Postdoktorandin bestand, wurden regelmäßig einzelne Schritte im Forschungsprozess, wie die Entwicklung des Interviewleitfadens, die Sampling-Strategie, die Datenanalyse sowie die Entwicklung der Kategorien diskutiert. Zudem wurden im Rahmen der Osnabrücker Methodenschule unter Leitung von Frau Prof. Helfferich vorläufige Kategorien festgelegt und exemplarisch mit den Teilnehmerinnen diskutiert.

Eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit wird nach Steinke (2000, S. 326) auch durch die Anwendung kodifizierter Verfahren erreicht. Werden im Forschungsprozess ausgewählte Verfahren adaptiert und eigene Wege beschritten, ist dies zu dokumentieren. In dieser Studie wurden die Daten inhaltsanalytisch sowie rekonstruktiv-hermeneutisch analysiert. Beide Methoden werden in *Kapitel 3.3.6* detailliert beschrieben. Die Kombination beider Auswertungsverfahren diente dem Erkenntnisgewinn und wurde im Rahmen der Osnabrücker Methodenschule reflektiert.

Aufgrund der geringen Fallzahlen zielen qualitative Forschungsarbeiten weniger auf eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse als auf deren repräsentativen Verteilung ab (Helfferich, 2011; Kruse, 2014). Daher sollen die Samples möglichst viele unterschiedliche und typische Fälle umfassen. In der vorliegenden Studie wurde das Sample anhand vorab festgelegter Kriterien, die das Untersuchungsfeld über bestimmte Merkmalsausprägungen in einer maximalen Heterogenität erfassen, ausgewählt (Kruse, 2014, S. 245). Die Sampling-Strategie wird ausführlich im *Abschnitt 3.3.2.* dargestellt.

Auch die Konstruktion geeigneter Erhebungssituationen und -methoden ist ein Gütekriterium qualitativer Forschungsarbeiten. Während Lamnek (2010, S. 133) davon ausgeht, dass die Datengewinnung aufgrund der Subjektorientierung und Alltagssituation in der qualitativen Sozialforschung weniger kritisch ist, betonen andere Autoren die Relevanz zentraler Qualitätskriterien für die Interviewdurchführung (Helfferich, 2011; Kruse, 2014). Da qualitative Erhebungsverfahren nicht standardisierbar sind, werden andere Wege der methodischen Kontrolle diskutiert (Helfferich, 2011, S. 155). Diese ent-

sprechen den bereits erläuterten Prinzipien der qualitativen Interviewforschung im Sinne von Offenheit und Reflexivität sowie der hier bereits erwähnten intersubjektiven Nachvollziehbarkeit durch die Darstellung regelhafter Vorgehensweisen (ebd.). Gemäß dem Prinzip der Offenheit spielten die bewusste Wahrnehmung sowie die kritische Reflexion und Kontrolle des eigenen Vorwissens eine wichtige Rolle im Forschungsprozess (Helfferich, 2011, S. 117). Vor Beginn der Datenerhebung dieser Studie nahm ich im Rahmen eines Methodenworkshops der Graduate School of Politics in Münster unter Leitung von Dr. Jan Kruse an einem Interviewtraining teil, um die eigene Reflexionsfähigkeit zu fördern und mich für Dynamiken in Interviewprozessen zu sensibilisieren.

In diesem Zusammenhang wird als abschließendes Gütekriterium die *reflektierte Subjektivität* aufgegriffen (Kruse, 2014; Steinke, 2000). Während des gesamten Forschungsprozesses wurden Besonderheiten in den Interviewsituationen und in der Interaktion mit den Befragten schriftlich festgehalten. Dabei stand die methodische Kontrolle des eigenen Forschungsverständnisses im Zusammenhang mit dem Prinzip des Fremdverstehens im Fokus. Dieser Prozess wurde durch die eigene Rolle als Hebamme teilweise erschwert und musste immer wieder auf Neue reflektiert und bei interpretatorischen Schlussfolgerungen beachtet werden. Auch die Verschriftlichung des eigenen Vorwissens, wie in *Kapitel 3.3.1* beschrieben, diente der kritischen Selbstreflexion.

3.4 Forschungsethische Überlegungen

Die forschungsethischen Prinzipien der geplanten Studie orientieren sich am Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) sowie an den forschungsethischen Empfehlungen von Schnell und Heinritz (2006). Im Vordergrund stehen dabei die Persönlichkeitsrechte der in die Studie einbezogenen Personen sowie ihr Recht zur freien Entscheidung über eine Beteiligung am Forschungsvorhaben. Die Entscheidung zur Beteiligung am Forschungsvorhaben soll auf der Grundlage einer möglichst ausführlichen Information über Ziele und Methoden der Studie erfolgen (Deutsche Gesellschaft für Soziologie, 2014).

Die potentiellen Teilnehmerinnen der Studie wurden in einem Anschreiben und in einem zweiten Schreiben unmittelbar vor Beginn der Datenerhebung über die Ziele und Modalitäten der Studie aufgeklärt. Die Teilnehmerinnen wurden im Rahmen des Anschreibens auf das Prinzip der Freiwilligkeit hingewiesen. Zugesichert wurde außerdem

die Möglichkeit, das Einverständnis zur Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen zu können. Zusätzlich wurde angeboten, offene Fragen auf telephonischem Weg oder per E-Mail zu beantworten.

Alle potentiellen Teilnehmerinnen wurden schriftlich und mündlich über die Studie aufgeklärt. Dabei wurde betont, dass für sie persönlich keine Nachteile entstehen, wenn sie nicht teilnehmen möchten. Die Einwilligungserklärung wurde vor Beginn des Interviews von beiden Seiten unterzeichnet. Somit lag eine informierte Zustimmung vor. Die Teilnehmerinnen stimmten zu, dass die Daten für die wissenschaftlichen Fragestellungen des Projektes gespeichert und verarbeitet werden, und erklärten sich mit der Aufzeichnung des Interviews auf einen Tonträger und der anschließenden Transkription einverstanden. Die Anonymität der Teilnehmerinnen wurde gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes gewahrt. Ihnen wurde zugesichert, dass alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf ihre Person zulassen, gelöscht oder pseudonymisiert werden. Zur Pseudonymisierung der Teilnehmerinnen wurden bereits bei der Transkription der Interviews Angaben zu Namen und Orten soweit geändert, dass Rückschlüsse auf die befragten Personen und die Settings, in denen die Erhebung durchgeführt wurde, nicht möglich waren. Interviewzitate wurden in der Ergebnisdarstellung dieser Arbeit ohne die Interviewkodierung abgebildet, um zu vermeiden, dass sich durch die Kombination verschiedener Interviewpassagen die Identität einer Teilnehmerin rekonstruieren lässt (Morse, 1998). Dies ist besonders vor dem Hintergrund der verhältnismäßigen kleinen Anzahl der Hebammenwissenschaftlichen Gemeinschaft und einer umfangreichen Schnittmenge zwischen Mitgliedern der Hebammenwissenschaft und praktisch tätigen Hebammen von Bedeutung (Kümper & Lange, 2014). Auch in den Interpretationsgruppen wurden nur pseudonymisierte Daten diskutiert. Die Transkripte selbst werden zehn Jahre lang verschlossen in Verantwortung der Forscherin aufbewahrt. Die Tondokumente wurden nach der Verschriftlichung gelöscht. Die unterschriebenen Einwilligungserklärungen werden in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur der Forscherin zugänglichen Stelle aufbewahrt.

Die Teilnehmerinnen der Studie gelten als Repräsentanten für die Handlungs- und Sichtweisen der Expertinnengruppe der Hebammen. Nach Schnell und Heinritz (2006) sind Expertinnen und Experten viele Jahre in einem Berufsfeld tätig und sind in der Lage, Strategien zu entwickeln, um mit Belastungen ihrer Tätigkeit umzugehen. Expertinnen und Experten sind per Definition keine vulnerablen Personen. Sie berichten frei

und werden auch durch fachliches Nachfragen in der Regel nicht verletzt oder in Krisen gestürzt. Expertinnen und Experten sind im Regelfall nicht dadurch verletzbar, dass sie aufgefordert werden, über ihre Arbeit zu berichten (ebd.). Obwohl die teilnehmenden Hebammen in der Studie als Expertinnen befragt wurden, wurde im Vorfeld bedacht, dass in den Interviews Erfahrungen thematisiert werden können, die sie persönlich stark berühren. Schnell und Heinritz (2006) verweisen darauf, dass Expertinnen und Experten auch in solchen Fällen aufgrund ihrer Professionalität in der Lage sind, mit solchen Emotionen selbständig umgehen zu können, ohne fachkundige Hilfe zu benötigen. Trotzdem konnte nicht ausgeschlossen werden, dass die Hebammen in ihren Antworten auch Emotionen zum Ausdruck bringen.

Des Weiteren wurde im Vorfeld bedacht, dass die Teilnehmerinnen durch den ursprünglichen Hebammenberuf der Interviewerin und ihre jetzige Position als Forschende, das Gefühl bekommen könnten, sich in einer Prüf- und Kontrollsituation zu befinden. Forschungsethische Vorüberlegungen halfen jedoch mit dieser Problematik umzugehen. Beispielsweise wurden die Hebammen nicht unterbrochen, auch wenn die Antworten an bestimmten Punkten wissenschaftlich nicht relevant erschienen. Zu den ethischen Prinzipien der Forscherin gehörte es, sich mit der Problematik auseinanderzusetzen und den Teilnehmerinnen offen zu begegnen.

Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung der Hebammen wurde sichergestellt, dass die Interviewsituation mit möglichst wenig Aufwand für die Teilnehmerinnen verbunden war. Die teilnehmenden Hebammen erhielten die Möglichkeit den Zeitpunkt, die Dauer und den Ort des Interviews zu bestimmen, um andere Verpflichtungen so wenig wie möglich zu beeinträchtigen. Beispielsweise wurde ein Interview auf Wunsch zweier Teilnehmerinnen gemeinsam geführt. Bei Bedarf wurden während der Interviews Pausen eingelegt. Alle Interviewpartnerinnen wurden im Vorfeld darüber informiert, das Interview zu jedem Zeitpunkt und ohne Angabe von Gründen abbrechen zu können. Diese Option wurde von keiner Interviewpartnerin in Anspruch genommen. Auf Wunsch wurde den Interviewpartnerinnen das nicht pseudonymisierte Transkript zugeschickt.

Vor Beginn der Datenerhebung wurde dem Forschungsvorhaben am 16.1.2013 das ethische Clearing der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke erteilt

4 Ergebnisse

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht die berufliche Handlungspraxis der in der ambulanten Wochenbettbetreuung tätigen Hebammen. Die Forschungsfragen thematisieren die Sichtweisen und Handlungsansätze der Hebammen, ihre Wissensbestände, ihre antizipierten Aufgaben sowie ihre Gestaltung der Betreuungsprozesse (vgl. *Kapitel 3.1*). Zunächst wurden die Forschungsfragen vor dem Hintergrund relevanter Literatur diskutiert (vgl. *Kapitel 2*). Dabei blieben verschiedene Fragen zu dem Themenkomplex offen. So wurde deutlich, dass das Thema im Hinblick auf die Berufspraxis in Deutschland bisher unzureichend untersucht wurde. Unklar ist, wie die Hebammen ihre Betreuungsprozesse im Rahmen der veränderten Versorgungssituationen gestalten und welche situativen Anforderungen sich in der aktuellen Berufspraxis ergeben. Um diese Forschungslücke zu schließen, wurde die Handlungspraxis im häuslichen Wochenbett aus der Sicht der Hebammen mit offenen Leitfadeninterviews rekonstruiert. Das der Studie zugrundeliegende Sample setzte sich aus 28 freiberuflich tätigen Hebammen zusammen und repräsentiert, bezogen auf das Leistungsangebot der Hebammenhilfe, ein exemplarisches Abbild der Berufsgruppe. Durch die Analyse der Daten konnten verschiedene Aspekte der beruflichen Praxis im Kontext des Versorgungssystems in Deutschland identifiziert werden.

Die Ergebnisse zur beruflichen Handlungspraxis der Hebammen werden in sechs Kapiteln dargestellt. Das individuelle berufliche Handeln ist ein Resultat der unterschiedlichen professionellen Verortung des Handlungsfeldes und der unterschiedlichen Sichtweisen der Hebammen bezüglich ihrer Klientinnen. Die handlungsleitenden Orientierungen werden anhand der Sichtweisen der Hebammen analysiert und in *Kapitel 4.1* als *Handlungsleitende Sichtweisen* dargestellt. Die Hebammenkundlichen Wissensbestände bilden die Basis für die Handlungsprozesse in der Wochenbettbetreuung und werden in *Kapitel 4.2* als *Handlungsgrundlage* für die Berufspraxis beschrieben. In den darauffolgenden *Kapiteln 4.3–4.6* werden professionelle Handlungsdeterminanten der ambulanten Wochenbettbetreuung präsentiert. Dabei wird zunächst das *Hebammenkundliche Handeln im Betreuungsverlauf* beschrieben. Danach wird die Handlungsdeterminante *Unterstützung der Gesundheit von Mutter und Kind* thematisiert, die einen Schwerpunkt im Betreuungsprozess bildet. Die Arbeit in der ambulanten Wochenbettbetreuung wird zudem von *kontextuellen und strukturellen Handlungsdeterminanten* geprägt, die in zwei weiteren Abschnitten dargelegt werden. Das Ergebniskapitel

schließt mit einer zusammenfassenden Betrachtung unter Berücksichtigung der Forschungsfragen.

4.1 Handlungsleitende Sichtweisen

Das Handeln der Hebammen ist durch ihr individuelles Grundverständnis über die Tätigkeit in der Wochenbettbetreuung geprägt. Dieses zeigt sich in der professionellen Verortung der Hebammen, in ihren Einschätzungen zur Bedeutung dieser Lebensphase für die Frau und ihre Familie sowie ihren Sichtweisen auf die zu betreuenden Klientinnen.

4.1.1 Professionelle Verortung der Wochenbettbetreuung

Die Arbeit in der Wochenbettbetreuung wird von den befragten Hebammen unterschiedlich beurteilt, was sich in einem unterschiedlichen Rollenverständnis widerspiegelt. Die nachfolgend beschriebenen Betrachtungsweisen resultieren aus der grundlegenden Motivation sowie Reflexion der Hebammen über ihre Arbeit in diesem Tätigkeitsfeld.

Das Handlungsfeld aus Hebammensicht

Insgesamt lassen sich zwei Betreuungsphasen-bezogene Sichtweisen von einer Betreuungsphasen-unabhängigen Sichtweise unterscheiden. Die Betreuungsphasen-bezogenen Perspektiven lassen sich ferner in eine Betreuungsphasen-übergreifende sowie eine Betreuungsphasen-zentrierte Sicht auf das Handlungsfeld unterteilen.

Hebammen mit einer *Betreuungsphasen-übergreifenden Sichtweise* betrachten das Wochenbett als Teil des gesamten Betreuungsprozesses während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Erst durch die Betreuung im Wochenbett wird die Hebammenarbeit vollständig abgerundet und zu Ende gebracht. Im Wochenbett können „die Früchte der eigenen Arbeit geerntet werden“. Fragmentierte Arbeitsstrukturen, beispielsweise im klinischen Setting, sind für diese Hebammen nicht attraktiv, da oft anonym. Hebammen mit einer Betreuungsphasen-übergreifenden Sichtweise bevorzugen das „Rundum-Paket“ bei der häuslichen Betreuung der Frauen.

[...] aber im Prinzip dieses wiederum Abrunden und die Arbeit auch zu Ende bringen, ja, das hatte ich damals schon total genossen, also so eigentlich praktisch noch mal die Ernte meiner eigenen Arbeit zu sehen und auch zu sehen, wie irgendwas praktisch wirklich rund wird. Und für mich war es rund dann, wenn ich gesehen hab, okay, das Kind ist geboren, jetzt klappt das alles gut im Wochenbett.

Diese Sichtweise findet sich vor allem bei Hebammen, die zusätzlich zur Wochenbettversorgung auch in der Schwangerenvorsorge arbeiten und Geburten begleiten.

Hebammen mit *Betreuungsphasen-zentrierter Sichtweise* geben an, primär aus persönlicher Überzeugung und Leidenschaft für die Zeit nach der Geburt zu arbeiten. In ihren Aussagen spiegelt sich eine auf das Wochenbett fokussierte Perspektive wider. Zwar halten die meisten Hebammen dieser Gruppe es für selbstverständlich, dass sie Frauen auch in der Schwangerschaft begleiten, jedoch besitzt das Wochenbett für diese Hebammen einen Sonderstatus im Betreuungsverlauf. In einer Zeit, die für die Nutzerinnen oft schwierig ist, wollen die Hebammen die Familien unterstützen. Eine Hebamme betont, dass sie die Familien „begleiten darf“ und drückt damit aus, dass sie diese Möglichkeit als Privileg erachtet. In vielen Interviews zeigt sich, dass Hebammen eine persönliche Erfüllung und Bereicherung durch die Arbeit im Wochenbett erfahren. Bemerkungen wie: „mir gibt es schon viel“, „ein Tätigkeitsfeld, das einen bereichert und sehr beglückt“, „etwas daraus für sich mitnehmen“ oder „viel Kraft zurückbekommen“, weisen auf eine hohe Selbstverwirklichung durch die Arbeit hin. Auch wird die Arbeit im Wochenbett oft emotional erlebt.

[...] Manches/ manchmal ist es ja auch unglaublich, da kommt man in eine Wohnung rein, da kriegt man eine Oxytocinwelle ab. Da schwebst du ja selber irgendwie auf Wolke 77 und genauso kann es natürlich genauso andersrum sein.

Durch die Verwendung der Metapher auf „Wolke 77 zu schweben“ und der Erwähnung des Hormons Oxytocin wird von der Interviewpartnerin eine Freude beschrieben, die sie häufig zu Beginn eines Hausbesuches empfindet. Die Textstelle verweist auf einen hohen Grad an emotionaler Beteiligung bei der Ausübung der Tätigkeit. Eine solche emotionale Beteiligung findet sich in mehreren Interviews: Die Arbeit wird als „angenehm und schön“ beschrieben, sie wird „genossen und geliebt“. Die Frauen „wachsen den Hebammen ans Herz“. Einige Hebammen wussten bereits, vor Beginn ihrer Ausbildung, dass sie im Handlungsfeld „Wochenbett“ arbeiten wollen.

Und das find ich unglaublich spannend. Deswegen habe mir nie die Frage gestellt, ob ich überhaupt je im Wochenbett arbeite. Schon wo/ bevor ich Hebamme war, wusste ich, wenn ich Hebamme werde, werde ich im Wochenbett arbeiten. Ist gar keine Frage. (..) Das ist immer ganz klar gewesen.

Das Tätigkeitsfeld in der Wochenbettbetreuung war für eine Gesundheits- und Krankenpflegerin die ausschlaggebende Motivation für den Berufswechsel aus dem Pflege- in den Hebammenberuf. Interviewübergreifend lässt sich feststellen, dass eine Betreuungs-

phasen-zentrierte Sichtweise sich vor allem bei den Hebammen findet, die keine Geburtsbegleitung anbieten.

Einige der befragten Hebammen betrachten die Arbeit im Wochenbett unabhängig von den Betreuungsphasen. Sie haben die Tätigkeit in der Wochenbettbetreuung aus primär rationalen Gründen gewählt. Aus dieser Perspektive sind positive Rahmenbedingungen, wie eine freie Zeiteinteilung, kein Schichtdienst sowie die Möglichkeit, selbständig arbeiten zu können, motivierend für die Arbeit. Erwähnt wird auch, dass die Tätigkeit gerade gut zu der eigenen Lebensphase passt. Diese Kriterien führen zu Erwerbsbiographien, bei denen sich Hebammen aus familiären Gründen – oft auch nach der Geburt eigener Kinder – primär auf die Begleitung von Frauen, also während der Schwangerschaft und im Wochenbett konzentrieren.

Aus rationaler Sicht spielen finanzielle Erwägungen ebenfalls eine Rolle. So wird die ambulante Wochenbettversorgung von einigen Hebammen auch als relativ einfache Methode zum Gelderwerb gesehen.

[...] und dann war das mit dem Nachsorgen natürlich eine gute Möglichkeit, zwischen den Vorlesungen in der Uni und dem Dienst in der Klinik, immer noch ein bisschen Geld rein zu verdienen. Und dadurch hab ich es gemacht. Und dann bin ich dabei geblieben.

Ein weiterer Grund für die Arbeit in diesem Tätigkeitsbereich ist die aktuelle Berufshaftpflichtproblematik. Durch steigende Haftpflichtprämien ausgelöste finanzielle Belastungen für Hebammen, die außerklinische Geburtshilfe anbieten, können dazu führen, dieses Tätigkeitsfeld aufzugeben und sich ausschließlich auf die Betreuung während der Schwangerschaft sowie nach der Geburt zu konzentrieren.

Also eigentlich bin ich schon mehr/ würde ich lieber gerne Hausgeburtshilfe machen, aber aufgrund der Haftpflichtsituation und der zwei Kinder habe ich mich jetzt entschieden, Wochenbett und Vorsorgen zu machen.

Interviewübergreifend kann zwischen einer *optionalen* und einer *nicht-optionalen* Wahl für die Arbeit im Tätigkeitsfeld Wochenbett unterschieden werden. Während für einige Hebammen die Entscheidung für die Arbeit in der Wochenbettbetreuung scheinbar optionalen Charakter besitzt, arbeiten andere Hebammen ohne bewusste Entscheidungs- und Abwägungsprozesse, „weil das Hebammenarbeit ist“ in diesem Bereich. Bei einigen Hebammen, beispielsweise wenn sie in kleinen Einrichtungen mit einer Belegabteilung arbeiten, gehört die ambulante Wochenbettversorgung, als Teil eines Arbeitsmodells zum Aufgabenbereich dazu. Diese Hebammen haben die ambulante

Wochenbettbetreuung ab Tätigkeitsaufnahme als einen Bestandteil der Hebammenarbeit erlebt und erst nach und nach erfahren, ob der Arbeitsbereich ihren Vorstellungen entspricht.

Die eigene Tätigkeit im Wochenbett wird sehr unterschiedlich eingeschätzt. Die Bandbreite reicht von Faszination bis Gleichgültigkeit.

Und dann bin ich dabei geblieben. Ich finde es allerdings die unspannendste Hebammenarbeit überhaupt.

Im Kontrast dazu erlebt eine andere Hebamme ihre Tätigkeit:

Und das ist, also das finde ich bis heute faszinierend. [...] Und das ist immer wahnsinnig spannend, dann wieder zu sagen, boah schau mal, der Vater hat das so und so gemacht oder die Frau hat das so und so gemacht und so. Also, und da finde ich, fällt dann nicht so ins Gewicht, dass man da jetzt gefühlt den Millions-Nabel angeschaut hat.

Diese Hebamme ist auch nach langer Berufstätigkeit begeistert, immer wieder neue Familien zu begleiten und zu erleben, wie diese den Alltag mit dem neugeborenen Kind gestalten. Obwohl die befragten Hebammen mehrheitlich der Meinung sind, dass die Hebammenarbeit im Wochenbett wichtig ist und einen wesentlichen Anteil ihrer Arbeit ausmacht, erfahren andere Teilbereiche eine größere Aufmerksamkeit.

Und vor lauter Geburtshilfe einerseits und Familienhebammen andererseits habe ich so manchmal die Sorge, dass das stinknormale, zugewandte, aufsuchende Wochenbett vielleicht zu kurz kommt. Oder ein bisschen nicht belächelt, aber dass es/ dass dann die Wertigkeit nicht so ist, wie ich mir das vorstelle (...).

Anhand dieses Zitats wird ein Legitimationsproblem der Hebammen, die sich mit der Wochenbettbetreuung identifizieren, deutlich. Von einigen Befragten wird das Wochenbett auch als „Stiefkind“ der Hebammenleistungen bzw. seine Wertschätzung als „stiefmütterlich“ bezeichnet. Der Wert der Wochenbettarbeit wird im Verhältnis zur Geburtshilfe abgeschätzt. Von den befragten Hebammen, die zum Interviewzeitpunkt keine Geburtshilfe anboten, machen sich mehrere Interviewpartnerinnen Gedanken darüber, ob das Begleiten einer Geburt einen wichtigeren Stellenwert einnimmt als die Wochenbettbetreuung. Oft wird diese Frage auch von außen an Hebammen herangetragen, weil Laien den Beruf der Hebamme automatisch mit der Begleitung von Geburten verbinden.

[...] wenn man jetzt sagt Hebamme, dass dann von vielen so diese Frage kommt und so: Geburten? Und wenn du dann sagst: Nein, ich mache keine Geburten mehr, aus verschiedenen Gründen, ich mache also alles bis ran und dann direkt

sozusagen danach. Dass du dann manchmal so ein bisschen damit konfrontiert wirst so, „ach so“.

Die Interviewpartnerin erlebt derartige Gespräche als ungerechtfertigte Geringschätzung ihrer Tätigkeit. Die professionelle Existenz ohne Geburtshilfe beschäftigt auch eine weitere Hebamme:

In der Klinik hast du einen immens intensiven und sehr, sehr wichtigen Moment. Aber es ist eben wirklich nur ein Mini-Mini-Ausschnitt und ich habe immer gedacht, das fehlt mir. Es ist auch jetzt immer noch so, dass ich das schon gerne immer zwischendurch mal wieder erleben würde, aber der Preis dafür ist mir a) zu hoch, so und ich finde eben auch, ich kriege von den Leuten so gut wie nix mit. Die sind da ja komplett im Ausnahmezustand. Und alles, was ich danach und davor erlebe, weiß ich von denen nicht.

Die Hebamme äußert ambivalente Gefühle zwischen ihrer jetzigen Tätigkeit und der Geburtsbegleitung in der Klinik. Geburten würde sie zwar gerne „*immer zwischendurch mal wieder erleben*“ jedoch erscheint ihr diese kurze Begegnung, dieser „*Mini-Mini-Ausschnitt*“, als nicht ausreichend, zumal sie die Familien während der Geburt „*im Ausnahmezustand*“ erlebt. Durch die Beziehungsarbeit mit den Familien rückt der Wunsch nach Geburtsbegleitungen in den Hintergrund. Die Aussage, dass „*der Preis für eine Tätigkeit mit Geburtshilfe zu hoch ist*“, könnte sich sowohl auf die aktuelle Berufshaftpflichtsituation als auch auf eine zeitliche Inanspruchnahme durch Rufbereitschaft beziehen.

Rollenverständnis der Hebammen

Parallel zu den unterschiedlichen Betrachtungsweisen des Tätigkeitsfelds zeigen die befragten Hebammen ein unterschiedliches Rollenverständnis bei der Wochenbettbetreuung. Interviewübergreifend werden zwei vorherrschende Rollenverständnisse sichtbar. Während die Mehrheit der befragten Hebammen sich als Lotsin oder Begleiterin verstehen, die Frauen bestärken und deren Ressourcen fördern will, sehen sich einige Hebammen mehr in der Rolle einer Problemlöserin.

Also ich glaube schon, dass die Hebamme eine Vertrauensperson ist. (.) Nicht unbedingt die beste Freundin, aber schon eine Vertrauensperson, die manchmal so der Mittler zwischen den/ (....) in der neuen Situation einfach. Also der auch/ der das Ganze einfach noch mal übersetzt, was (.), was passiert in dieser Situation einfach, wie finden wir besser zusammen. Was kommt beim Kinderarzt auf mich zu, was kommt beim Gynäkologen auf mich zu. (....) Ja, Coach ist, glaube ich, ganz gut eigentlich.

Diese Hebamme sieht sich als Vertrauensperson und agiert in zweifacher Hinsicht als Lotsin: einerseits als Vermittlerin beim Übergang in eine neue Lebenssituation und andererseits als Übersetzerin zwischen Fach- und Laienwissen bei Arztbesuchen. In der zitierten Textstelle bezeichnet sich die Hebamme selbst als Coach und hebt damit hervor, dass für sie die Eigenleistung der Frau bei einer Problemlösung Priorität besitzt. In der Rolle eines Coachs sollten Hebammen möglichst neutral bleiben: *„Ich gehe rein als neutrale Person und sehe Dinge, die die Mutter vielleicht gar nicht mehr sieht.“* Einige Hebammen sehen sich als Begleiterin. Bei diesen Hebammen gehört es zu ihren zentralen Aufgaben, den Frauen zuzuhören, sie in ihrem Vorgehen zu bestärken, die Normalität bestimmter Vorgänge zu betonen, sie insgesamt *„bei dem Mutter-werden, bei dem Familie-werden begleiten“*.

[...] wir sind nur Begleiterinnen für ein kurzes Stück in dem Leben der Frauen und wenn man das gut/ ich finde, das ist die Kunst. Die Frauen, weil jede Frau ist anders und die so zu begleiten, dass es in ihrem Sinne ist.

Diese Hebamme beschreibt eine gute Begleitung der Frauen sogar als *„Kunst“*. Diese besteht darin, individuell zu arbeiten, ohne dabei den professionellen Auftrag aus dem Blick zu verlieren und *„darauf achten, dass alles gut läuft“*. Durch diese Bezeichnung deutet sie an, dass Hebammenhandeln etwas Besonderes ist und professioneller Fertigkeiten bedarf. Den Frauen zuzuhören steht für sie im Gegensatz zum aktiven Handeln: *„Dieses Zuhören. Nicht immer machen müssen“*. In diesem Zusammenhang spricht eine Hebamme vom *„Abwarten“*. Ähnlich wie beim Coaching beobachtet diese Hebamme zunächst, was die Frauen eigenständig machen. Laut eigener Aussage fällt ihr dieses Abwarten schwer, daher muss sie sich immer wieder an ihre Rolle als Begleiterin erinnern.

Also insofern ist sicherlich auch für mich auch besser, immer wieder zu sagen, ich bin Begleiterin. Ich muss nicht deren Leben retten. Das müssen sie schon selber.

Im Kontrast zu dieser Interviewpartnerin, die sich klar davon abgrenzt, als Lebensretterin fungieren zu müssen, übernehmen andere Hebammen eine eher aktive Rolle als Problemlöserin stellvertretend für Mutter und Kind. Laut ihrer Meinung hat eine Hebamme eine größere Daseinsberechtigung, wenn vereinzelt oder über den gesamten Betreuungszeitraum Probleme auftreten. Betreuungsverläufe mit einem problematischen Start und einem guten Ende haben für diese Hebammen einen größeren Wert.

Also für mich - für mein eigenes Gefühl - ist sie [die Wochenbettbetreuung - Anm. d. Verf.] immer am besten gelungen, wenn, egal an irgendeinem Punkt ein Problem aufgetreten ist, und ich das erfolgreich lösen konnte, und die Frauen damit total zufrieden waren, und man gemerkt hat, dass es denen hinterher besser geht.

Sie bewertet ihre Arbeit dann als erfolgreich, wenn problemhafte Wochenbettverläufe von ihr erfolgreich gelöst werden können. Passend zu dieser Sichtweise werden von einer anderen Hebamme die Aufgaben im Wochenbett auch als „Baustellen“ bezeichnet. Ihr Ziel ist es, „die ganzen Baustellen nach und nach zu zumachen und zu schließen“. Offensichtlich fühlen sich Hebammen in die Rolle der Problemlöserin gedrängt, weil manche Frauen diese Art von Unterstützung erwarten.

Das ist immer so ein bisschen wie so eine Muttirolle: Nein, mach jetzt nicht das, mach das zuerst. Und so badet man ein Kind und so hältst Du es dann fest und so wischst Du den Hintern ab. Also es ist so ein bisschen von oben herab. Andererseits merkst du eben, dass die Frauen alleine auf Sache nicht kommen, wo man sich dann auch wundert und denkt: Was ist jetzt daran eigentlich so schwer? Du würdest es doch sonst in deinem Alltag als Problem auch lösen.

Ein weiteres erkennbares Rollenverständnis ist das einer Fürsprecherin. In dieser Rolle agieren Hebammen anwaltschaftlich für die Frau und setzen sich beispielsweise dafür ein, dass Mutter und Kind bei Verdacht auf eine postpartale Depression in einer Klinik gut untergebracht werden.

Und wir haben es dann montags über die Klinik geregelt, dass wir sie in der Klinik wieder aufgenommen haben auf der Wochenstation, obwohl das Kind schon vier Wochen alt war.

Eine wichtige Aufgabe im Rahmen der Wochenbettbetreuung ist die Beratung von Frauen und ihren Familien. Dementsprechend sehen sich Hebammen auch in einer beratenden und aufklärenden Rolle. Einer Hebamme ist es wichtig, die Frauen über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären, um ihnen selbstständige Entscheidungen zu ermöglichen. Betont wird auch, dass Frauen die Ratschläge von Hebammen nicht annehmen müssen und immer das Recht hätten, sich anders zu entscheiden. Viele Hebammen versuchen durch beispielhaftes Auftreten Eltern zu einem bestimmten Verhalten anzuregen und agieren so als Rollenmodell.

[...] Wenn ich ein Kind aufnehme, ich rede mit dem Kind schon. [...] Du ich will dich jetzt mal ausziehen und ich will mal nach deinem Nabel gucken. Einfach, dass man nicht sagt zu den Eltern, du musst mit dem Kind reden, sondern dass man einfach selber sagt, dann mit dem Kind so redet. Um das mal vorzumachen und dann können die Eltern das ja vielleicht übernehmen.

Mit diesem Beispiel verdeutlicht die Hebamme darüber hinaus den edukativen Ansatz von Hebammenarbeit. Sie agiert als Vorbild für die Eltern, indem sie beiläufig einen adäquaten Umgang mit dem Kind demonstriert, den die Eltern „ja vielleicht übernehmen können“.

Auch seitens der Frauen werden den Hebammen unterschiedliche Rollen zugeschrieben und der Stellenwert ihrer Arbeit unterschiedlich bewertet.

Da gibt es die einen, die das genießen. Die sich also freuen, die das genießen, die die Zeit mit dem Kind genießen, die uns als Wegbegleiter für ihr kleines Stückchen da annehmen und Rat suchen. Und dann gibt es die, naja, für die das, weiß ich nicht, wie soll ich das sagen. Die, ja, jetzt haben sie auch noch ein Kind gekriegt und jetzt haben sie sich eine Hebamme gesucht und die Hebamme hat ihnen (..) Die ist so Dienstleister. Die hat zur Verfügung zu stehen.

Ob eine Hebamme von der Frau eher als Dienstleisterin oder als Wegbegleiterin betrachtet wird, hängt laut dieser Hebamme von der Einstellung der Frau zur Mutterschaft ab.

4.1.2 Bedeutung des Wochenbetts in der Lebensphase

Im Kontext einer professionellen Verortung ist die Haltung der Hebammen zur Wochenbettphase im Leben einer Frau und ihrer Familie von besonderem Interesse. Die Bedeutung des Wochenbetts für die Frau spiegelt sich nach Aussagen der Hebammen auf körperlicher und psychosozialer Ebene wider. Das Wochenbett wird von ihnen als Zeit der Veränderung, Normalisierung, Rückbildung und Heilung beschrieben. Es dient der Etablierung des Stillprozesses. Weiterhin geht es für Mutter und Kind darum „anzukommen“, eine Mutter-Kind-Bindung aufzubauen und sich als Familie zu entwickeln. Das Wochenbett bietet aus Perspektive der Hebammen die Gelegenheit für die Frau, sich auf die neue Lebenssituation einzustellen und die eigene Mutter- und Fürsorgerolle zu finden.

Interviewübergreifend wird das Wochenbett als Schon- und Erholungszeit für Mutter und Kind wahrgenommen. Die Geburt und Übernahme der Verantwortung für ein neues Leben stellt einen wichtigen Übergang im Leben einer Frau und ihrer Familie dar. In dieser Phase brauchen Mutter und Kind in erster Linie Ruhe. Laut Aussagen der Hebammen fällt es vielen Frauen oft schwer, sich entsprechend auszuruhen und zu schonen (vgl. Kapitel 4.4.1).

Das Wochenbett wird von einigen Hebammen als prägende Zeit und als sensibler Prozess beschrieben.

Für die Familien, wenn das Baby geboren ist, ist das so einschneidend und so prägend für alles, wie das mit dem Kind weiterläuft. Dass es schon immer für mich wichtig war, dass das so gut wie möglich läuft. Es ist ja eine sehr sensible und auch eine sehr schwierige Zeit, wo - wie sagt man so schön - kein Stein bleibt auf dem anderen?

Durch ihre Unterstützung will diese Hebamme dazu beitragen, Familien einen guten Grundstein für das weitere Leben zu legen. Sie ist davon überzeugt, dass ein guter Start ins Leben für den weiteren Verlauf wichtig ist. Das Wochenbett wird von einigen Hebammen als eine ganz besondere Zeit gesehen, in der Frauen lernen können, Veränderungen zuzulassen und Grenzen zu setzen. Auch nach einem positiven Geburtserleben gestaltet sich die erste Zeit mit dem Kind nicht immer so, wie Eltern es sich vorgestellt haben.

Für mich ist das manchmal so, dass ich denke, sagt sich so schön, so mit den Geburten und so, ihr wisst ja gar nicht was da hintendran nachher noch alles kommt. Und dann denke ich manchmal, dieses, dass das ‚Kopf schneidet ein‘ weißt du, das ist, wenn die nach Hause kommen.

Der Start im Wochenbett wird hier mit einem wichtigen Zeitpunkt während der Geburt verglichen. Der veraltete fachspezifische geburtshilfliche Terminus des „*Kopfeinschneidens*“ markiert den beginnenden Austritt des kindlichen Köpfchens bei einer Geburt in Schädellage. Durch die Verwendung dieser Metapher macht die Hebamme deutlich, dass der wichtigere Teil der Geburt eines Kindes für sie erst im Wochenbett beginnt. In diesem Kontext sieht sie ihre Aufgabe darin, die Eltern zu begleiten.

Aber die Wochenbettzeit finde ich, ist für die Gesundheit der Frau mindestens, wenn nicht genauso wichtig, wie eine gesunde, gute Geburt. [...] Ich glaube, dass man da sowohl viel zerstören aber auch wirklich viel neu aufbauen kann. Man hat die Chance. Man hat auch die Chance wenn eine Geburt, verdammt nochmal, traumatisch verlaufen ist, durch eine gute Wochenbettzeit viel rauszuholen.

Diese Interviewpartnerin misst dem Wochenbett einen hohen Stellenwert in Bezug auf die psychische Gesundheit bei. Sie ist davon überzeugt, dass Frauen, die mit Hebammenunterstützung eine *gute Wochenbettzeit* erfahren, auch eine traumatische Geburt besser aufarbeiten können.

4.1.3 Heterogenität der Wöchnerinnen

Hebammen müssen sich bei der Betreuung von Frauen individuell auf unterschiedliche Familien und Begebenheiten einstellen. Zusätzlich lassen sich in den Einschätzungen der Hebammen auch regionale, soziale und kulturelle Unterschiede sowie unterschiedli-

che Betreuungsmerkmale bezogen auf die Parität erkennen, die die Handlungsstrategien der Hebammen beeinflussen.

Erst- und Mehrgebärende. Die Schwerpunkte sind bei der Betreuung von Mehrgebärenden andere als bei der von Erstgebärenden. Während die Stillberatung oft einen geringeren Umfang einnimmt, weil Frauen in der Regel bereits Still Erfahrungen haben, und auch der Umgang mit dem Kind leichter gelingt, rücken körperliche Problematiken in den Vordergrund. Mehrgebärende klagen häufiger über schmerzhaftes Nachwehen und fühlen sich schneller erschöpft als Frauen, die sich nur auf ein Kind konzentrieren müssen. Ein wichtiges Thema ist in diesen Familien die Integration des Neugeborenen mit den Geschwisterkindern in den Alltag. Eine Hebamme äußert das Gefühl, dass Mehrgebärende unter Umständen eine innere Zerrissenheit erleben, in dem sie versuchen, allen Kindern gerecht zu werden und die Erstgeborenen nicht durch die Konzentration auf das Neugeborene zu vernachlässigen. Bei fehlender familiärer Unterstützung ist es der Hebamme wichtig, gemeinsam mit der Frau über unterstützende Rahmenbedingungen nachzudenken und zu besprechen, woher sie zusätzliche Hilfe für die Alltagsbewältigung erhalten kann. Während bei dieser Hebamme das Baden der Kinder bei Erstgebärenden zum Wochenbettkonzept dazugehört, ist diese Betreuungsleistung für sie bei Mehrgebärenden nicht obligatorisch. Eine weitere Hebamme findet die Betreuung von Mehrgebärenden grundsätzlich entspannter und führt, wenn es keine Probleme gibt, auch weniger Hausbesuche durch. Sie erlebt die Mütter beim zweiten Kind „relaxter“.

Frauen mit Migrationshintergrund. Im Erleben von Frauen aus verschiedenen Kulturkreisen schildern die Hebammen häufig Unterschiede im Umgang mit dem Wochenbett. Diese Unterschiede beziehen sich vor allem auf die postpartale Schonzeit, auf das Selbstverständnis bezüglich der Mutterrolle sowie auf die familiäre Unterstützung. So ist beispielsweise in arabischen Kulturen eine postpartale Schonzeit von 40 Tagen gesellschaftlich verankert. Das Wochenbett von Frauen in türkischen Familien wird mit einem Eingebundensein der Frau in eine Großfamilie, deren Unterstützung und weniger Alleinsein assoziiert. Entscheidungen müssen von ihr nicht alleine oder mit dem Partner sondern mit der ganzen Familie besprochen und getragen werden. Dies kann sowohl positive, aber auch negative Auswirkungen, im Sinne einer Bevormundung haben.

Eine Hebamme, die viele Familien mit Migrationshintergrund betreut, empfindet das Arbeiten mit Frauen aus verschiedenen Kulturen als eine Bereicherung.

Finde es aber auch ganz toll, weil man ganz viele Eigenschaften oder Abläufe von Wochenbetten aus anderen Kulturen auch wunderbar den Deutschen mal beibringen kann.

Andererseits halten Hebammen es auch für wichtig, deutsche Normen und Wertvorstellungen nicht eins zu eins auf Familien aus anderen Kulturkreisen zu übertragen, sondern zielgruppenorientiert zu beraten.

Und ein bis zwei asiatische Familien und da ist es tatsächlich nochmal anders. Da brauchst du auch nicht ankommen mit - du musst selbstbestimmt sein und dein Partner muss die Aufgaben übernehmen. Das kannst du da wirklich total vergessen. Aber auch denen kann man dann wieder sagen, du kannst dich da unterstützen lassen. Und dann bringt eben deine türkische Freundin, die kann doch so gut backen, dann musst du das doch nicht machen [...].

Die zitierte Textstelle mit der türkischen Freundin, die der asiatischen Wöchnerin einen Kuchen mitbringen soll, weist auf eine multikulturelle Zielgruppe dieser Hebamme. Mit ihrem, wie sie selber sagt, „*halbdeutschen Weg*“ der Betreuung verbindet sie eine Mischung zwischen fremden und deutschen Kulturen, besonders bei Familien die schon länger in Deutschland leben.

Soziale Unterschiede. Hebammen betreuen Frauen und Familien aus allen sozialen Schichten und stellen sich auf unterschiedliche Nutzerinnengruppen und ihre Bedarfe ein. Eine Hebamme, die in zwei Stadtteilen mit unterschiedlicher Sozialstruktur praktiziert, beschreibt die von ihr betreuten Frauen folgendermaßen: In dem Stadtteil mit der vergleichsweise stärker sozial belasteten Klientel betreut sie relativ viele junge Frauen. Diesen attestiert sie einerseits eine gewisse Selbständigkeit, erlebt andererseits aber auch eine hohe Anhänglichkeit an ihre Person.

Also da kann man eigentlich gar nicht oft genug hingehen. Die haben einem zwar auch nichts zu erzählen, oder so, aber die finden es toll, wenn man da ist, und die mögen das.

Weiterführend berichtet sie, dass sich diese jungen Frauen auch dadurch auszeichnen, schnell ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dagegen erlebt dieselbe Hebamme bei der Betreuung der Klientel in dem Stadtteil mit einer günstigeren Sozialstruktur einen erhöhten Beratungsbedarf zur neuen Lebenssituation. Die von ihr betreuten Frauen aus diesem Stadtteil werden aufgrund ihres höheren Alters als unsicher und ängstlicher in Bezug auf Fragstellungen rund um den Alltag mit dem Kind beschrieben.

Die sind einfach viel unsicherer. Ich glaube: Das hat auch viel mit dem Alter zu tun, ne, so eher spät gebärend, mit Anfang, Mitte dreißig; oder so. Die sind halt auch noch viel gesetzter. Die haben dann zwar irgendwie eine ganz tolle Ein-

richtung - alles vom Feinsten - aber die sind halt so sehr/ da hat man dann oft so einen Stapel Babyratgeber. Und ich habe hier gelesen, ich habe da gelesen. Und darf ich das?

Eine andere Hebamme, die ebenfalls in einer etablierten Gegend arbeitet, erlebt hier überwiegend *hoch ausgebildete Frauen* mit geringem Betreuungsbedarf, was dazu führt, dass sie im Durchschnitt nur zwischen sechs und sieben Hausbesuche absolviert. Eine weitere Hebamme erlebt soziale Unterschiede vor allem dahingehend, dass sozial benachteiligte Familien nicht immer ihre präventiven gesundheitlichen Empfehlungen befolgen. Eine andere Hebamme berichtet, dass eine Viertgebärende trotz umfangreicher sozialer Probleme regelmäßig am Geburtsvorbereitungskurs teilnahm. Demnach kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich sozial benachteiligte Frauen prinzipiell weniger mit gesundheitlichen Themen auseinandersetzen. Daneben existieren aus Sicht der Hebammen zwischen Frauen, die sich für eine ambulante Geburt entscheiden, und Frauen, die zunächst eine klinische Wochenbettbetreuung in Anspruch nehmen, ebenfalls soziale Unterschiede. Nach Meinung einer Hebamme kommen ambulant Gebärende oft nicht aus bildungsfernen Schichten, sind für eine Hebammenbetreuung empfänglicher und gehen insgesamt bewusster mit der Wochenbettphase um. Soziale Unterschiede beeinflussen nicht nur die Bedürfnisse der Frauen, sondern auch den gesundheitlichen Zustand von Mutter und Kind (vgl. Kapitel 4.4.1).

Regionale Unterschiede. Diese äußern sich laut einer Hebamme beispielsweise im Schmerzempfinden der Frauen. Laut ihrer Meinung besteht ein starkes Nord-Süd-Gefälle, was den Umgang mit Schmerzen angeht. Der Wunsch die Wochenbettzeit so natürlich wie möglich und ohne Schmerzmittel zu verbringen, ist in nördlichen Regionen vorherrschender und hat sich ihrer Meinung nach über die Jahre hinweg verstärkt. Weiterhin angesprochen werden Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern sowie zwischen ländlichen und städtischen Regionen hinsichtlich des Verhaltens und des Selbstverständnisses zum Leben nach der Geburt.

Religiöse Besonderheiten. Eine Hebamme betreut in ihrer Region viele Frauen der Pfingstler-Glaubensgemeinschaft, die Verhütungsmittel aus religiösen Gründen ablehnen und häufig bis zu zehn Kinder gebären. Obwohl die Hebamme zum Zeitpunkt des Interviews erst vier Jahre in der Region praktiziert, hat sie einige Frauen bereits mehrfach im Wochenbett betreut. Mit zunehmender Anzahl der Kinder sinkt bei dieser Nutzerinnengruppe jedoch der Bedarf nach Hebammenbetreuung.

Ist schön, wenn jemand Zeit/ aber wenn keiner Zeit hat, dann ist es auch okay. Die sind da halt sehr zurückhaltend, die Frauen. Also die wollen dann auch keinerlei Umstände machen und so. Also gerade die Pfingstler-Frauen sind da (.) Wenn du kommst, dann kommst du, und wenn nicht, dann lass halt bleiben.

Diese Haltung führt sie auch darauf zurück, dass diese Frauen gut in ihrer Gemeinde organisiert sind und es immer Familienangehörige gibt, die im Haushalt mithelfen. Von einigen Glaubensrichtungen wird die Verwendung bestimmter Heilmittel, beispielsweise homöopathische Mittel, abgelehnt.

4.1.4 Fazit

Fallübergreifend lassen sich im Kontext der professionellen Verortung der Wochenbettversorgung durch Hebammen drei Deutungsebenen ableiten. Das berufliche Verständnis der Hebamme wird durch die Beurteilung der Bedeutung des Tätigkeitsfeldes inklusive ihres Rollenverständnisses, die Bedeutung des Wochenbetts in der Lebensphase und ihre Sichtweisen auf die zu betreuenden Frauen und Familien beeinflusst. Es ist davon auszugehen, dass das Rollen- und Aufgabenverständnis der Hebammen die Gestaltung der Wochenbettbetreuung prägen. Hebammen arbeiten aus verschiedenen Gründen in der Wochenbettbetreuung und nehmen vielfältige Rollen ein. Die befragten Hebammen, die in allen Bereichen der Hebammenarbeit praktizieren, betrachten das Wochenbett als einen Teil des Ganzen, während die Hebammen, die hauptsächlich im Wochenbett arbeiten, diesem einen höheren Stellenwert zumessen. Während die Entscheidung für eine Arbeit in der Wochenbettbetreuung bei einigen Hebammen optionalen Charakter besitzt, ist es für andere Hebammen keine Option ihren Beruf ohne ambulante Wochenbettbetreuung auszuüben. Aus Sicht der befragten Hebammen wird das Tätigkeitsfeld häufig nicht wertgeschätzt. Grundsätzlich lassen sich zwei übergeordnete Rollenverständnisse wahrnehmen. Während die Mehrheit der befragten Hebammen die eigenen Ressourcen der Frau fördern will und als Coach, Begleiterin oder Lotsin agiert, steht für andere Hebammen die Problemlösung stellvertretend für Mutter und Kind im Vordergrund. Deutlich wird auch, dass sich Hebammen auf viele individuelle Betreuungssituationen einstellen müssen. Neben unterschiedlichen sozialen Strukturen können auch verschiedene Nationalitäten oder religiöse Besonderheiten individuelle Nutzerinnenbedürfnisse hervorrufen, die bei der Betreuung beachtet werden müssen.

4.2 Hebammenkundliches Wissen als Handlungsgrundlage

Zur Beschreibung der Handlungsansätze der Hebammen in konkreten Betreuungssituationen der ambulanten Wochenbettbetreuung ist eine Analyse ihres professions-spezifischen Wissens unverzichtbar. In den Aussagen der Befragten zeigen die handlungsleitenden Aspekte eine große Bandbreite. Diese reicht von einer stärker auf der Basis intuitiven Wissens geleiteten Betreuung bis hin zu einer ausschließlich nach dem fachlichen Wissensstand durchgeführten Betreuung. Die Anteile dieser beiden Extreme variieren bei vielen Hebammen. Eine Hebamme beschreibt ihr professionelles Handeln als eine „*Mischung aus Logik und Gefühl*“, wobei sie über eine langjährige praktische Erfahrung verfügt.

Hebammenarbeit (...) an der Frau und am Kind ist eine sehr praktische Arbeit und erfordert einfach hingucken, beobachten und auch fragen und einfach mal nachfühlen. Und auch mal auf den Bauch drauffassen. Wie fühlt der sich an, ja. (...) Wie soll ich das erklären? Das hat was mit, ja, das kann man nicht einfach nur über ein Buch lesen erlernen. Das geht nicht. Das ist was ganz Praktisches. Und aus dem raus, was ich über dreißig Jahre gelernt, gesehen und beobachtet hab, habe ich bestimmte Sachen verändert und manche Sachen sind beigeblieben und vieles ist dazu gekommen, ne.

In dieser Interviewsequenz werden zwei entscheidende Aspekte der Hebammenarbeit angesprochen: einerseits eine hohe Legitimation des praktischen Handelns und andererseits aber auch die Tatsache, dass Wissen veränderbar ist.

4.2.1 Fachliches Wissen

Der Grundstein für das professionelle Handeln wird in der Berufsausbildung gelegt, die bei den Befragten im Sample überwiegend in zwei- bis dreijährigen Ausbildungsprogrammen erfolgte. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung hatte keine der Befragten ein Hebammenspezifisches Studium absolviert. Durch ihre Ausbildung fühlen sich viele Hebammen nur teilweise gut auf die Arbeit im häuslichen Wochenbett vorbereitet. Viele berichten, dass das häusliche Wochenbett kein Thema in der Ausbildung war oder sie lediglich einen oberflächlichen Eindruck von der Arbeit bekommen haben. Oft lag der Fokus der Lehre auf den körperlichen Anpassungsprozessen von Mutter und Kind und gezielt auf dem Wochenbett in der Klinik. „*Man kannte den Fundusstand*“ und „*alles musste zu einem bestimmten Zeitpunkt*“ passieren. In der praktischen Ausbildung wurden Mutter und Kind nur selten nach dem fünften Wochenbetttag erlebt. Die Hebammen erfuhren erst oft im Verlauf der eigenen Berufstätigkeit, dass sich die Lebenswirklichkeit nach einer Geburt viel umfassender darstellt und Wochenbettverläufe sehr

unterschiedlich sein können. Der Berufsbeginn gestaltet sich daher für einige Hebammen schwierig.

Ganz typische Sachen, ich weiß, dass die Kinder immer ja so eine trockene Haut dann bekommen, das ist ja ganz normal, gerade wenn die so übern Termin gehen und ich wusste das am Anfang nicht, war selber total erschrocken. Das ist natürlich peinlich [...] Also waren schon so ein paar Sachen, die einfach nie in der Ausbildung angesprochen worden sind.

Die zitierte Hebamme, die zum Zeitpunkt des Interviews über eine dreieinhalbjährige Berufserfahrung verfügte, fühlt sich nicht ausreichend vorbereitet, da bestimmte Themen in der Ausbildung nicht angesprochen wurden. Obwohl Stillberatung und -begleitung heute zu den Hauptberatungsschwerpunkten in der Wochenbettbetreuung gehören, gibt eine Hebamme mit 30-jähriger Berufserfahrung an, in der Ausbildung bis auf anatomische und physiologische Grundlagen nichts über das Stillen gelernt zu haben. Andere Hebammen fühlen sich nach Abschluss der Ausbildung einigermaßen befähigt, im Wochenbett zu arbeiten. Sie betrachten die Ausbildung als Fundament, auf das es aufzubauen gilt. Grundlagen, die vermittelt wurden, bleiben erhalten: „was man zuerst gelernt hat, das sitzt so drin irgendwie.“ Erwähnt wird auch, dass man in die Arbeit „reingewachsen“ ist, womit suggeriert wird, dass Hebammen mit zunehmender Erfahrung, Betreuungssituationen umfassender lösen können. Mehrheitlich wünschen sich die Hebammen auf alltägliche Beratungsbedarfe der Frauen besser vorbereitet gewesen zu sein.

[...] Und meistens dann ist es halt der Hausbesuch, wo alles scheiße ist. Vorher war Schwiegermutter da und hat gesagt: Dieses Kind kriegt nicht genug. Deswegen/ es muss einen Rhythmus haben, trallala. Und ich finde, auf diese Fragen wird man in der Ausbildung einfach nicht vorbereitet. Das habe ich damals dann auch erst im Externat erfahren, dass es/ dass diese Fragen überhaupt kommen.

Nur durch das Externat, einer in früheren Jahren meist 14-tägigen Hospitation bei einer freiberuflich tätigen Hebamme, bekam die Interviewte eine Vorstellung über ihre spätere Arbeit. Wie gewinnbringend die Erfahrungen in diesem Kontext sein können, hängt nach Meinung der Hebammen von der Länge des Zeitraumes des Externats sowie von der begleiteten Hebamme ab.

In den Ausbildungen, die von den Befragten als positiv geschildert werden, gehörten Informationen zum häuslichen Wochenbett von Beginn an zum Lehrplan. Prägend für die Arbeit einer Hebamme war besonders der Wissenserwerb durch Rollenspiele mit häuslichen Betreuungssituationen. Dabei standen praktische Fragen wie: „Warum

schreit das Kind so viel? Warum ist es so unruhig?“ im Vordergrund. Viel Wissen erwarb eine Hebamme, die eine engagierte Lehrhebamme in der Ausbildung erlebte. Die von der Lehrhebamme vermittelten Abläufe haben sich ihr eingeprägt und kommen bei abweichenden Handlungsweisen immer wieder hoch.

Eine vorgeschaltete Berufsausbildung in einem medizinisch-therapeutischen Bereich wird positiv für die spätere Arbeit erlebt. Eine Hebamme, die als Arzthelferin in einer Kinderarztpraxis angestellt war, berichtet viel gesehen und praktisch erfahren zu haben, was ihr jetzt von Nutzen ist und Sicherheit gibt. Einer weiteren Hebamme dient eine absolvierte Heilpraktiker-Ausbildung als Fundament ihrer Arbeit. Hebammen, die vor der Wende in Ostdeutschland ausgebildet wurden, geben an, dass die häusliche Wochenbettversorgung im damaligen Gesundheitssystem nicht vorgesehen und keine Hebammenleistung war. Grundlagen der freiberuflichen Tätigkeit mussten sie sich nach dem Mauerfall über umfangreiche Fortbildungen aneignen.

Die meisten Hebammen sind bestrebt, auch nach der Ausbildung ihr Wissen regelmäßig durch Fortbildungen, Lesen von Fachliteratur, Internetquellen, aber auch durch fachlichen Austausch mit Kolleginnen, wie Qualitätszirkel und Fallbesprechungen, zu erweitern. Bei einem Neueinstieg in ein Hebammenteam werden Hospitationen genutzt. Diesen Hebammen ist wichtig, dass sich ihr Handeln nicht an festgefahrenen Strukturen orientiert, sondern dass sie sich immer wieder austauschen und die Betreuungskonzepte erneuern. Fortbildungen dienen dabei nicht ausschließlich dem neuem Wissenserwerb, sondern auch der Bestätigung des eigenen professionellen Handelns.

[...]ich habe alles nochmal wie ein Schwamm aufgesaugt und mit mir alle älteren erfahrenen Kolleginnen, die waren hochgradig interessiert. Es ist letztendlich auch so ein Abwägen, bin ich auf dem richtigen Weg? Ja, ich mache es auch so. Ah, die Bestätigung, das ist richtig.

Weiterführend ergänzt die hier zitierte Hebamme mit über 30 Jahren Berufserfahrung, dass es wichtig ist, im Laufe der Jahre „*nicht zu einspurig*“ zu arbeiten und sich immer wieder von neuen Ideen inspirieren zu lassen. Der Besuch von Fortbildungen kann unter Umständen Handlungsstrategien verändern. Eine Hebamme leitet beispielsweise nach einer besuchten Fortbildung, Kinder mit Neugeborenen-Ikterus schneller in die Klinik weiter.

Die besuchten Fortbildungen haben unterschiedliche Struktur. Allgemeine Veranstaltungen zum Thema Wochenbett sind eher selten, vielmehr wird das Wissen über spezifische Themen der Wochenbettbetreuung erweitert. Hierzu zählen beispielsweise Fort-

bildungen zum Stillen, zu psychischen Beeinträchtigungen im Wochenbett oder zur Betreuung nach einer Totgeburt. Eine der befragten Hebammen befand sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in der Weiterbildung zur Familienhebamme.

Eine größere Zahl erfasster Textstellen lässt jedoch vermuten, dass die Bereitschaft zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nicht bei allen praktizierenden Hebammen gleichermaßen vorhanden ist. Einige der befragten Hebammen schreiben anderen Kolleginnen ein geringes oder gar kein Fortbildungsinteresse zu.

Und da habe ich manchmal so den Eindruck, aber das sage ich mit aller Vorsicht, weil ich dazu andere Kolleginnen viel zu wenig kenne, dass da doch auch viele so ihren Stiefel seit Jahrhunderten machen und der ist nicht gut.

Ihr Eindruck gründet sich auf Berichte von Frauen, die beim ersten Kind von einer anderen Hebamme betreut wurden, deren Betreuungskonzepte und -inhalte sie für bedenklich hält. Eine weitere Hebamme machte die Erfahrung, dass Fortbildungen, an denen sie teilnehmen wollte, aufgrund einer zu geringen Teilnehmerzahl abgesagt wurden und plädiert daher für eine bundesweite Fortbildungspflicht, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung für freiberuflich tätige Hebammen nicht existierte.

4.2.2 Erfahrungsgeleitetes Wissen

Eine weiterführende und wichtige Grundlage für das Handeln der befragten Hebammen ist die Berufserfahrung. Viele Hebammen begründen ihr Handeln auf Basis ihrer Expertise zur Betreuung von Mutter und Kind nach der Geburt.

Aus den erfassten Textstellen wird ersichtlich, dass Berufserfahrung Sicherheit im Umgang mit den Frauen sowie in der konkreten Situationswahrnehmung schafft. Mit zunehmender Erfahrung fällt es den Hebammen leichter, physiologische von pathologischen Verläufen zu unterscheiden.

Man hat einfach mehr Erfahrung. Mehr Lebenserfahrung. Mehr Berufserfahrung, deshalb überblickt man gewisse Dinge auch. Erkennt wahrscheinlich schwierige Situationen zeitiger. Ja.

Für die im Textbeispiel zitierte Hebamme besteht das Erfahrungswissen aus den beiden Aspekten, Berufserfahrung und Lebenserfahrung. Sie vermutet, dass Erfahrung präventives Arbeiten erleichtert. Als Beispiel nennt sie eine anamnestiche Befragung im Gespräch, aus der unter Umständen ein Handlungsbedarf entstehen kann. Viele Hebammen haben mit wachsender Erfahrung gelernt, bei Problemen nicht immer aktiv einzugreifen, sondern abzuwarten.

Und kann dann auch sagen, gut, manches gehört auch jetzt dazu und wir müssen jetzt nicht Abhilfe schaffen für jeden kleinen Pieps und Pups, sondern dass vielleicht auch einfach ein bisschen aushalten und annehmen und die darin auch ein bisschen bestärken, dass es dann sich auch mal wieder ändert und einfach auch zur normalen Entwicklung dann dazugehört.

Während die zitierte Interviewpartnerin früher einen stärkeren Druck verspürte, Kinder mit Blähungen und Unruheproblemen zu behandeln, konzentriert sie sich inzwischen mehr darauf die Eltern zu bestärken und Unsicherheiten abzubauen. Eine andere Hebamme beschreibt, wie sie durch den Erfahrungszuwachs an Sicherheit gewonnen hat und dadurch entspannter reagieren kann.

Am Anfang war ich natürlich auch unsicher. Jetzt habe ich aber so mit der Erfahrung halt gesehen okay, wenn ich sehe, dass das Stillen gut klappt, wenn die Frau gut zurechtkommt und ich sehe auch, dass die Milch hat und das Kind auch gut trinkt, ja dann bin ich auch manchmal bereit zu sagen okay, hm, wir warten noch einen Hausbesuch aber, ob er dann doch gut zugenommen hat.

Im Textbeispiel belegt die Hebamme, wie sie aufgrund ihrer Erfahrung und der positiven Bewertung der Gesamtsituation handelt und physiologische Anpassungs- und Umstellungsprozesse berücksichtigt. Eine andere Hebamme erwähnt in diesem Zusammenhang, dass sie als Berufsanfängerin, Kinder die nicht gut an Gewicht zunahmen, frühzeitig zur Kinderärztin/zum Kinderarzt überwiesen oder auch schneller nachgewogen hat. „Man war natürlich viel, viel vorsichtiger.“ Mit zunehmender Berufserfahrung „wird man dann doch so ein bisschen ruhiger.“ Auch wird mit zunehmender Berufsdauer eine größere Zufriedenheit mit der Arbeit erlebt, weil die Hebammen aufgrund ihrer Erfahrung über einen gewissen Grundoptimismus verfügen, der sich wiederum positiv auf die Frauen überträgt, „dass die so das Gefühl haben, ich werde schon noch eine Idee haben für irgendein Problem“.

In diesem Zusammenhang geben mehrere Hebammen an, mit zunehmender Berufserfahrung auch weniger Hilfsmittel und Medikamente für die Arbeit zu benötigen.

Früher hatte ich immer im Koffer so vieles drin, was man alles brauchte für das Wochenbett. Jetzt habe ich bloß noch eine Umhängetasche.

Der Hinweis, eine Umhängetasche statt Hebammenkoffer zu nutzen, passt gut zu der mit der steigenden Berufserfahrung zunehmenden Haltung des „nicht immer machen müssen“. In diesem Kontext erwähnt eine Hebamme den ursprünglich geburtshilflichen Leitsatz des deutschen Gynäkologen W. Pschyrembel „Man muss viel wissen, um

wenig zu tun.“ und beschreibt damit, dass erst ein umfangreicher Wissensschatz dazu befähigt, zurückhaltender zu handeln.

Einige Hebammen merken aber auch an, dass die Sicherheit durch die Berufserfahrung die Gefahr birgt, eine vorschnelle Einschätzung vorzunehmen bzw. etwas zu übersehen. Die Erfahrung sollte die Möglichkeit geben, in Ruhe alle zur Verfügung stehenden Komponenten und Kompetenzen miteinander zu verknüpfen: *„Was liegt hier vor? Was weiß ich? Was habe ich schon gesehen?“* Zusätzlich ist eine professionelle Weiterentwicklung und Fortbildung unverzichtbar.

Die Berufserfahrung erlaubt den Hebammen, die Frauen in ihrer Individualität zu erkennen und zu behandeln. Einer erfahrenen Hebamme steht eine Bandbreite unterschiedlicher individueller Versorgungsmöglichkeiten bei gleichen Grundprinzipien zur Verfügung: *„eine Frau braucht dieses, eine andere das“*. Dabei ist es wichtig, sich auf die Wünsche der Frau einzulassen. Erfahrungen aufgrund einer längeren Berufstätigkeit erleichtern die Perspektivübernahme sowie das sich Hineinversetzen in die zu Betreuende.

Ich habe am Anfang die Frauen auch viel mehr - gar nicht so bewusst, aber unbewusst - unter Druck gesetzt, irgendwie, mit Stillen, und dass das klappt, und was sie machen müssen oder nicht.

In der Zwischenzeit nimmt diese Hebamme eher den Stress aus der Situation. Eine zufriedene Mutter ist ihr inzwischen wichtiger, als eine Mutter, die sich plagt, ihre Vorschläge zu befolgen. Eine Hebamme, die anfangs das Verhalten der Frauen ihr gegenüber persönlich genommen hat, beschreibt, dass sie es mittlerweile aushalten kann, wenn sie von einer Frau nicht ausnahmslos akzeptiert wird. Dies ist der Interviewpartnerin erst mit zunehmender Berufserfahrung möglich.

Durch Berufserfahrung verschieben sich die Aufmerksamkeits- und Betreuungsschwerpunkte des professionellen Handelns.

[...] ich weiß, dass ich das als Junghebamme gar nicht so wahrgenommen habe. Auch so die Interaktion und überhaupt auch das Kind so zu beobachten. Das mache ich heute viel mehr als früher.

Der Zusammenhang zwischen dem Zustand des Kindes und dem Zustand der Mutter war dieser Hebamme bei Berufsbeginn nicht bewusst. Eine andere Hebamme beschreibt, dass klinische Parameter, die zu Beginn ihrer Tätigkeit im Fokus standen, wie ein rosiges, gut zunehmendes Neugeborenes, ein sich gut zurückbildender Uterus sowie eine gesunde Wöchnerin ohne Krankheitszeichen, mit zunehmender Berufserfahrung

weniger wichtig werden. Inzwischen stehen die Bedürfnisse der neu entstehenden Familie sowie die psychische und soziale Gesundheit der Frau stärker im Fokus ihrer Betreuung. Mehrheitlich berichten die Hebammen, dass sie in den Anfängen ihrer Berufskarriere viel häufiger und eine größere Anzahl an Parameter strukturiert erhoben haben. Eine Hebamme erläutert, dass sie sich auf der Basis ihrer langjährigen Erfahrung einen umfassenden Blick angeeignet hat, der ihr hilft, Symptome „nicht mehr so detailliert“ wahrnehmen zu müssen, um eine Situation einschätzen zu können. Mit zunehmender Berufserfahrung gelingt es den Hebammen medizinische Parameter und körperliche Phänomene schneller und beiläufig zu erfassen. Dadurch stehen mehr Ressourcen für die Unterstützung der Familie beim Übergang in eine neue Lebensphase zur Verfügung.

Zusätzlich zur Berufserfahrung zeigt sich interviewübergreifend die Bedeutung persönlicher Erfahrungen der Hebammen für ihr professionelles Handeln. Ein höheres Alter, Lebenserfahrung und die Erlebnisse von Freundinnen werden als förderlich für die Arbeit im Wochenbett beschrieben. Besonders das eigene Mutterwerden und -sein sowie eine in diesem Kontext erlebte Hebammenbetreuung werden von vielen als Ressource für die professionelle Entwicklung bewertet.

Ich hatte ja mein eigenes Kind schon und das hat auch ganz viel/ [...] in der Klinik schon, diese Art der Wochenbettbetreuung, diese Wahrnehmung der Frauen unter der Geburt, das hat bei mir ganz, ganz viel gemacht.

Laut Aussagen einiger Hebammen werten zudem eigene Erfahrung mit Kindern und eine selbst erlebte Mutterschaft die Hebamme in den Augen der Frauen auf und erhöhen ihre Glaubwürdigkeit. Eine Hebamme, die sich als „Familienmensch“ bezeichnet und selber eine gute Mutter-Kind-Beziehung erlebt, hat das Gefühl, diese Erfahrungen bei den von ihr betreuten Familien besser weitergeben zu können. Persönliche Erfahrungen spielen auch im Zusammenhang mit der Empfehlung bestimmter Therapien eine Rolle.

4.2.3 Intuitives Handlungswissen

Berufserfahrung und fachliches Wissen haben für die Hebammen einen großen Stellenwert. In den Interviews wird zudem ein intuitives Handeln erkennbar, was durch unbewusste Entscheidungs- oder Einschätzungsprozesse gekennzeichnet ist. Mehrheitlich ist den Hebammen bewusst, dass ihre Intuition auf einer ausreichenden Erfahrung und Wissen basiert.

[...] dadurch, dass ich jetzt irgendwie 2.440 Frauen betreut habe oder so, (...) erfasse ich Situationen natürlich ganz anders als früher. Also früher musste ich

noch viel mehr bewusst drüber nachdenken, ja, was mache ich denn jetzt hier, jetzt sprudelt das einfach so aus mir raus. Und ich muss nicht mehr, also ich kann einfach mich auf meine Intuition verlassen, so.

Hebammen entwickeln ihr intuitives Wissen im Laufe ihres Berufslebens. Das intuitive Wissen funktioniert bei einer erfahrenen Hebamme, wie eine „innere Antenne“.

[...] Also da brauche ich nicht lange drüber nachzudenken. Das sind einfach die Sinne, die man dann einfach präsent hat. [...] Man weiß, was ist normal, und man weiß, wie verhält sich die Frau, toleriert sehr viel, aber man weiß ganz genau, so jetzt kippt es. Jetzt fühle ich mich nicht mehr wohl, da stimmt was nicht. Und das hat immer gestimmt.

Die zitierte langjährig praktizierende Hebamme muss nicht mehr lange nachdenken, um eine akute Betreuungssituation zu analysieren. Schwierige Betreuungssituationen erkennt sie daran, dass sie sich nicht mehr „wohlfühlt“. Die emotionale Beschreibung des „Nicht-Mehr-Wohlfühlens“ kann nicht mit klar definierten Symptomen erklärt werden. Dennoch weiß die Hebamme im Textbeispiel genau, wann eine Situation „kippt“. Retrospektiv bewertet sie ihre intuitiven Entscheidungen als richtig. Die spontane Aussage einer Hebamme, dass Entscheidungen „aus dem Bauch raus“ getroffen werden, macht deutlich, welchen Stellenwert intuitive Handlungen im Vergleich zu fachwissenschaftlichen oder evidenzbasierten Entscheidungen haben. Eine rein intuitive Entscheidung, ohne fachliche Grundlage entspricht jedoch nicht dem beruflichen Selbstverständnis der Hebammen.

Nein, nein, nur intuitiv würde das ja nicht gehen. Intuitiv entscheide ich dann in dem Augenblick, was jetzt wirklich für die Gesundheit für Mutter und Kind förderlich ist. Also und dann natürlich mein Hebammenwerkzeug, was ich dann dabei habe, also. Das beides verbinde ich sehr gut miteinander.

Der Hinweis auf das „Hebammenwerkzeug“ deutet wiederholt auf den praktischen Bezug der Arbeit hin. Mit dem „Hebammenwerkzeug“ sind sowohl das fachliche Wissen als auch die erforderlichen Hilfsmittel gemeint. Die Verbindung zwischen intuitivem und fachlichem Wissen erfolgt in der individuellen und situationsgerechten Betreuung. Einig sind sich die Hebammen, dass intuitives Wissen immer wieder durch Erfahrung bestätigt oder widerlegt werden muss. Nur Hebammen, die verschiedene Situationen erlebt haben, können sicher einschätzen, ob Mutter und Kind gesund oder krank sind.

Die Intuition wird mit verschiedenen Begriffen umschrieben. Neben dem „Bauchgefühl“ wird ein „siebter Sinn“ wahrgenommen, mit dessen Hilfe die Hebamme erkennt, ob es Mutter und Kind gut geht oder nicht. Eine andere Hebamme hat „gespürt“, dass

mit der Frau „*irgendwas nicht in Ordnung*“ ist. Dabei handelte es sich um eine Frau mit einer psychischen Erkrankung, die in eine Klinik eingewiesen werden musste. Insbesondere die Einschätzung eines Kindes mit Neugeborenen-Ikterus und die Frage nach einer Überweisung in die Klinik lassen Hebammen einigen Spielraum für intuitive Entscheidungen.

[...] aber man schaut eben das Kind an und denkt, so gelb siehst du jetzt nicht aus, aber du kommst mir komisch vor. Und dann ist das einfach so ein Bauchgefühl. Ich möchte jetzt dieses ‚es kommt mir komisch vor‘ will ich jetzt gerade nicht mit nach Hause nehmen. Also geht ihr jetzt einfach in die Klinik.

Weiterführend betont diese Hebamme, dass ein Kind nicht immer klinisch auffällige Zeichen aufweisen muss, um es in eine Bilirubin-Ambulanz zu überweisen. In der Vergangenheit war das Gefühl „*irgendwas ist komisch*“ in vielen Fällen trotz fehlender auffälliger Symptome handlungsleitend und brachte auch Lob von ärztlicher Seite: „*Sie haben ja eine tolle Hebamme. Das hätte sonst keiner geschickt*“. Die Erwähnung der Anerkennung ihrer beruflichen Expertise, verweist an dieser Stelle auf die Bedeutung einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Hebammen und ärztlichen Berufsgruppen, auf die in Kapitel 4.6.2 näher eingegangen wird.

Einige der befragten Hebammen geben jedoch an, sich nicht auf ihre Intuition zu verlassen, da entweder ihr gesamtes Handeln auf der Grundlage von Wissen und Erfahrung beruht oder die Hebammen glauben, über kein intuitives Gespür zu verfügen.

[...] aber ich persönlich bin, glaube ich, so eine sehr/ ich spüre das bei mir nicht so. Bin da nicht so veranlagt, glaube ich.

Die hier zitierte Hebamme mit 20-jähriger Berufserfahrung erläutert weiterführend, auf welcher Grundlage sie Entscheidungen trifft.

Aber grundsätzlich finde ich immer, ich gucke mir das Kind an, wenn es einen wachen, aufmerksamen, interessierten Eindruck macht und trinkt und verdaut und die sind quittegelb, dann bin ich eigentlich nicht so besorgt.

Im Gegensatz zum Textbeispiel weiter oben entscheidet sich diese Hebamme ein Kind trotz „*quittegelber*“ Hautfarbe nicht zu überweisen. Wenn das Kind wach und aufmerksam ist, trinkt und verdaut, ist sie „*eigentlich nicht so besorgt*“. Ihre Bewertung erfolgt aufgrund eines von ihr vorgenommenen Assessments des kindlichen Zustandes anhand bestimmter Parameter.

4.2.4 Fazit

Zusammenfassend lassen sich verschiedene Wissensformen der Hebammen als Grundlage für das Handlungsfeld der ambulanten Wochenbettbetreuung identifizieren. Dazu gehören fachliches und erfahrungsgeleitetes Wissen sowie ein daraus entstehendes intuitives Handlungswissen. Berufserfahrenen Hebammen gelingt es schneller, Betreuungssituationen einzuschätzen sowie relevante Merkmale und Symptome zu erfassen. Die zunehmende Erfahrung macht die Hebammen sicherer, sie können Umstellungsprozesse besser beurteilen, anpassungsbedingte Situationen aushalten und dabei den Familien Sicherheit vermitteln. Sicherheit für das eigene Handeln entsteht durch Routine. Hebammen benötigen neben ihren praktischen Erfahrungen einen komplexen Wissensstand und umfassende Kompetenzen für die Tätigkeit in der häuslichen Wochenbettversorgung. Mehrheitlich wünschen sich die Hebammen auf die spezifische Beratungsbedarfe im Handlungsfeld besser vorbereitet zu werden. Deutlich wird die Komplexität postpartaler häuslicher Betreuungssituationen sowie das Ausmaß der Verantwortung, die Hebammen für Mutter und Kind übernehmen. Wenn falsche Entscheidungen getroffen werden, kann es zu Zweifeln an der professionellen Expertise oder zu einer Verunsicherung der Eltern kommen. Die Beispiele der Hebammen zeigen, dass eine fachliche Entscheidung nicht immer einfach ist, da die Symptome und Grenzwerte nicht immer eindeutig sind. Durch Wissen und langjährige Erfahrung werden intuitive Kompetenzen gestärkt, die das Handeln in Entscheidungssituationen unterstützen.

4.3 Hebammenkundliches Handeln im Betreuungsverlauf

Nachdem in den beiden ersten Ergebniskapiteln die handlungsleitenden Sichtweisen der Hebammen sowie die Grundlagen und -bedingungen für die Wochenbettbetreuung dargelegt wurden, schließen sich im Folgenden einzelne Handlungsdeterminanten an. Die nächsten Abschnitte geben daher Einblick in das Tätigkeitsspektrum der Hebammen in der Wochenbettbetreuung. Ausgehend von übergeordneten Betreuungszielen werden einzelnen Handlungsparameter beleuchtet. Dabei wird analysiert, wie Hebammen ihre Betreuungsprozesse im Wochenbett gestalten.

4.3.1 Betreuungsziele

Als übergeordnetes Ziel ist es den Hebammen wichtig, Frauen zu unterstützen, „*selbstständig zu sein*“. Dieses Ziel ist dann erreicht, wenn Frauen eigenständig mit der neuen Lebensphase zurechtkommen, ihre eigenen Bedürfnisse kennen und vertreten, die Ent-

wicklung des Kindes im Blick haben sowie Auffälligkeiten angemessen bewerten und einschätzen können.

Die Hebammenarbeit ist zudem auf die gesunde Entwicklung der Elternschaft ausgerichtet. Das bedeutet, die Eltern ins *Familie-Werden* zu begleiten und sie in der alltäglichen Eltern-Kind-Situation zu unterstützen. Ein angemessener Umgang der Eltern mit ihrem Kind ist für Hebammen ein Zeichen für eine gelungene Betreuungsarbeit. Eine Hebamme hat das Gefühl „*da ist alles super gelaufen. Die sind eine tolle Familie und haben genügend Selbstbewusstsein*“, wenn sie erkennt, dass Frauen oder Eltern sich in das Kind hineinversetzen, kindliche Signale richtig interpretieren, Auffälligkeiten erkennen und angemessen reagieren. Im weiteren Interviewverlauf merkt sie noch an, dass dieses Gefühl nicht sehr oft vorkommt. Auch andere Hebammen sehen einen großen Aufklärungsbedarf bei der Vermittlung von Herausforderungen im Zusammenhang mit der Elternrolle und dem neuen Familienalltag.

Für die meisten Hebammen ist die *Etablierung einer stabilen Beziehung zwischen Mutter und Kind* ein erklärtes Ziel der Wochenbettbetreuung. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt daher in der Förderung der Mutter-Kind-Beziehung bzw. der Eltern-Kind-Beziehung

Ein weiteres zentrales Ziel der Hebammenarbeit ist die *Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit von Mutter und Kind*. Für das körperliche gesundheitliche Wohlbefinden der Mutter sind ausreichende Ruhe- und Erholungsphasen, Schmerzfreiheit und ein gelungener postpartaler Umstellungsprozess von Bedeutung. Auf psychischer Ebene stehen subjektives Wohlbefinden und emotionale Ausgeglichenheit im Vordergrund. Bei der Gesundheit des Kindes stehen die Förderung der kindlichen Entwicklung, ein gesundes Schlaf-, Wach- und Trinkverhalten, eine normale Gewichtsentwicklung sowie ein normales Schreiverhalten im Vordergrund. Im Rahmen der Motivationsarbeit, die Frauen zum Stillen zu bewegen, ist es vielen Hebammen auch wichtig, dass Mütter eine positive Haltung zum Stillen entwickeln.

Die Betreuungsziele verdeutlichen, dass neben der Beobachtung des Wohlergehens von Mutter und Kind und der Begleitung des Stillprozesses vor allem psychosoziale Schwerpunkte im Vordergrund der häuslichen Wochenbettbetreuung stehen.

4.3.2 Hebammenkundliches Handeln

Durch die Analyse relevanter Interviewsequenzen lassen sich verschiedene Handlungsformen der Hebammenarbeit in der Wochenbettbetreuung ableiten. Diese werden in der folgenden Tabelle 6 mit Beispielen aus den Erzählungen der Hebammen dargestellt und anschließend inhaltlich näher erläutert.

Handlungsformen	Beispiele
Begleitung und Beobachtung physiologischer mütterlicher Umstellungs- und kindlicher Entwicklungsprozesse	<i>Mutter:</i> Vitalzeichen, Uterusrückbildung, Geburtsverletzungen, psychische Verfassung <i>Kind:</i> Nabelabheilung, Gewichtsentwicklung, Hautveränderungen, Schlaf- und Trinkverhalten
Diagnostisches Handeln	Anamnese, Arbeit mit Assessment-Instrumenten
Pflegerisch-therapeutisches Handeln	<i>Mutter:</i> Milchstau, Brustentzündung, verzögerte Rückbildung, Pflege von Geburtsverletzungen <i>Kind:</i> verzögerte Nabelheilung, Verdauungsbeschwerden, Koliken
Praktisch-anleitendes Handeln	<i>Mutter:</i> Stillen, Stillpositionen, Rückbildungsgymnastik <i>Kind:</i> Handling/Tragen, Säuglingspflege, Nabelpflege,
Handeln mit psychosozialer Ausrichtung	Reflexion der Geburt, Förderung der Mutter-Kind-Bindung, Förderung der Eltern-Kind-Beziehung, Unterstützung der alltäglichen Eltern-Kind-Situation
Beratendes Handeln	beratendes Handeln in Betreuungssituationen, präventive und informative Beratungsgespräche

Tabelle 6: Hebammenkundliche Handlungsformen und Beispiele

Die *Begleitung und Beobachtung physiologischer mütterlicher Umstellungs- und kindlicher Entwicklungsprozesse* stellt eine übergeordnete Ebene des Hebammenkundlichen Handelns dar. Diese in allen Betreuungssituationen stattfindende Handlungsform dient dem Erkennen von Auffälligkeiten bei Mutter und Kind im Wochenbettverlauf. Als Ergebnis dieses begleitenden und beobachtenden Prozesses werden andere Handlungsformen relevant, die sich sowohl auf die Mutter als auch auf das Kind konzentrieren können.

Das *diagnostische Handeln* erfolgt meist standardisiert und dient der Erhebung und Überwachung klinischer Befunde bei Mutter und Kind.

Das *pflegerisch-therapeutische Handeln* dient der spezifischen Behandlung von Beschwerden oder von gesundheitlichen Problemen.

Das *praktisch-anleitende Handeln* umfasst alle pflegerischen und unterstützenden Maßnahmen sowie auch pädagogischen Anleitungen sowohl für die Mutter als auch für beide Elternteile im Umgang mit dem Kind.

Das *Handeln mit psychosozialer Ausrichtung* beschreibt alle Tätigkeiten, die zur Unterstützung der Mutter und Familie beim Übergang in eine neue Lebensphase, beim Finden in die neue Rolle sowie der Förderung der Mutter-/Eltern-Kind-Beziehung beitragen und fokussiert auf den lebensweltlichen Bezug des Handlungsfeldes.

Das *beratende Handeln* umfasst sowohl jegliche Formen von Beratung, die im Kontext einzelner Betreuungssituationen auftreten, als auch die präventive Aufklärung und Informationsvermittlung in gezielten Beratungsgesprächen.

Wichtig ist es, die dargestellten Handlungsformen als ineinander übergreifende Prozesse zu betrachten. Das Hebammenhandeln in Betreuungssituationen enthält immer auch beratende Anteile sowie beratendes Handeln immer auch psychosoziale Anteile aufweist.

Schwerpunkte des Handelns mit psychosozialer Ausrichtung

Im Kontext der professionellen Handlungssituationen dominieren für einige Hebammen die psychosozialen Anteile ihrer Arbeit.

[...] also wüsste ich gar nicht, wenn man das irgendwie so in Prozentzahlen angibt, wie viel das ist. Ist wirklich unglaublich viel, ja eher so, wie soll man sagen, die psychosoziale Komponente. Also sie bei dem Mutter-werden, bei dem Familie-werden begleiten und, und diese ganzen Veränderungen und Vorgänge eben, ja, sich erzählen lassen.

Bei der Begleitung auf dem Weg in eine neue Familienphase steht für diese Hebamme stellvertretend für viele ihrer Kolleginnen die Bestärkung der Eltern in der neuen Lebenssituation im Vordergrund: „*dass eben auch diese ganzen Hürden und Klippen und Anstrengungen, dass das normal ist*“. Die Schwerpunkte des Handelns mit psychosozialer Ausrichtung liegen in der Förderung der Mutter-Kind-Bindung bzw. der Eltern-Kind-Beziehung, in einer Begleitung des Zusammenwachsens der Familie und der Bestärkung der Familie in einer Umbruchsituation.

Aber natürlich eigentlich in der Hauptsache eben auch so ein bisschen Geburtshelfer sein für diese neue Familiensituation, dass man da guckt, dass alle da ih-

ren Platz finden, das ist eigentlich so das, was sicher den größeren Raum einnimmt und vielleicht ja auch viel wichtiger noch ist, als jetzt dieses reine Gucken nach dem Höhenstand der Gebärmutter.

Die Geburtshilfe wird in dieser Aussage nicht nur auf die Begleitung während der Geburt eines Kindes reduziert, sondern wird in einem erweiterten Sinn mit der Geburt einer neuen Familiensituation verknüpft. Diesen Prozess zu begleiten, steht für die Hebamme im Vordergrund.

Einigen Hebammen ist wichtig, für eine gute Vernetzung der Mütter mit ihrer Peergruppe zu sorgen und soziale Kontakte mit anderen Müttern mit Kindern herzustellen. Dies wird auch von einer im ländlichen Raum praktizierende Hebamme betont, die einen gestiegenen Anteil der psychosozialen Komponente der Wochenbettbetreuung erlebt.

Wie finden die Frauen in ihre Mutterrolle. Wie organisieren sie ihren Alltag mit Kind? Wie klappt es mit Geschwisterkindern? Dass man (.) dass es da viel, viel mehr ist. [...]

Dieses Zitat wird von ihr mit der konkreten Einschätzung ergänzt, dass das pflegerisch-therapeutische sowie praktisch-anleitende Handeln lediglich zehn Prozent ihrer Betreuungsarbeit ausmacht. Dennoch fühlt sie sich nicht immer für alle Probleme zuständig und nimmt eine klare professionelle Abgrenzung ihres Leistungsumfangs vor.

[...] hey, das kann ich nicht. Ich bin kein Familienpsychologe und Familientherapeut bin ich auch nicht, aber die wenden sich ja doch mit vielen Problemen auch an die Hebamme.

Sie ist erstaunt über die Vielfalt der Probleme, für deren Lösung Hebammen eine fachliche Expertise zugesprochen wird und stellt klar heraus, dass sie sich für familienpsychologische Fragen nicht qualifiziert fühlt. Eine andere Hebamme distanziert sich ebenfalls von der Bearbeitung psychologischer Problematiken.

[...] aber das sind auch oft so familiäre und psychologische Probleme und Beziehungsgeschichten, und so, wo ich dann auch irgendwie denke: Eigentlich ist das nicht mein Job, ne, und ich muss mir das nicht alles irgendwie reinziehen. [...] Aber das sind keine Sachen, die ich bearbeiten muss, oder so; ne.

Unabhängig von ihrer Qualifikation verweist die zitierte Hebamme darauf, dass soziale und psychologische Probleme „keine Sachen“ sind, die sie „bearbeiten muss“. Im weiteren Interviewverlauf grenzt sie ihr Handeln klar von anderen Gesundheitsprofessionen ab, die für die Identifikation von Problemen zuständig sind. Sie dagegen möchte Probleme lösen. Probleme im normalen Betreuungsverlauf werden von ihr zwar angespro-

chen, psychosoziale Fragen will sie aber in der Regel nicht bearbeiten. Die Beispiele lassen vermuten, dass die psychosozialen Aspekte bei der Betreuung nicht für alle Hebammen den gleichen Stellenwert haben. Die zuletzt zitierte Hebamme sieht ihre Hauptaufgabe darin, „aufzupassen, dass medizinisch nichts schief geht“ und bezieht sich dabei auf die Überwachung des kindlichen Gewichts, des Stillprozesses sowie der maternalen Rückbildung und Wundheilung. Weiterhin möchte sie Eltern im Umgang mit dem Kind bestärken und eine ruhige Atmosphäre schaffen. Sie erinnert Frauen daran, dass „es Wochenbett und nicht Rumlaufwoche heißt“. Andere Hebammen machen deutlich, dass verschiedene Betreuungsbedarfe nicht getrennt betrachtet werden können.

Aber trotzdem darauf zu achten, dass eben das alles gut läuft. Mit dem Stillen, mit dem Umgang mit dem Kind, so diese Balance dazwischen zu finden. Das ist wichtig.

Mit Blick auf die Nachwuchsförderung des Berufstandes ist es den Hebammen wichtig, dass die psychosoziale Arbeit in der Wochenbettbetreuung entsprechend ihres Umfangs an werdende Hebammen in Ausbildung und Studium vermittelt wird. Eine Hebamme, die im Rahmen von Externaten die außerklinische praktische Ausbildung begleitet, erklärt worauf es ihr dabei ankommt.

[...] dass man wirklich guckt: Stimmt die Mutter-Kind-Bindung? Also die kann am Anfang wirklich/ also, oder, man erlebt oft so Feinheiten, wo man erstmal sieht: "Nee, das ist noch nicht so richtig. Mutter und Kind sind noch nicht da." Dass man dann eben den beiden Hilfestellung gibt, wie sie sich finden können. Das steht nämlich in keinem Lehrbuch.

Beschreibungen „man erlebt oft so Feinheiten“ und „Mutter und Kind sind noch nicht da“, die in keinem Lehrbuch stehen, verweisen an dieser Stelle auf das Erfahrungswissen der Hebamme. Diese Aussage bestätigt damit die bereits in Kapitel 4.2. beschriebenen Ansätze, dass sich der Hebammenberuf in weiten Teilen auf ein praxisbezogenes und erfahrungsgeleitetes Handeln stützt.

Beratendes Handeln

Die folgende Tabelle 7 enthält eine Zusammenstellung der wichtigsten Themen, die in Form von gezielten Beratungsgesprächen vermittelt werden.

Thema	Beispiele
<i>Beratungsgespräche mit aufklärendem, präventivem Charakter</i>	
Gesundheit des Kindes	Beratung und Informationsweitergabe zu: Vitamin D- und Fluoridgabe, Vorsorgeuntersuchungen, Plötzlicher Kindstod
Mütterliche Gesundheit	Ruhe- und Schonzeit, hormonelle Umstellung, Rückbildung
Still- und Ernährungsberatung	Organisation Arbeitsalltag und Stillen, Gewinnung und Aufbewahrung von Muttermilch, Menge, Zufüttern, Einführung Beikost, Medikamente in der Stillzeit, Beratung bei Stillschwierigkeiten
Mutter und Kind Interaktion	„Das Baby verstehen“, Schlafprozedere, Ernährungsverhalten, Auffälligkeiten wahrnehmen (unruhiges Kind, Schreiverhalten), Entwicklung des Kindes, Entwicklungsschübe, Babymassage, Zeichen des Kindes verstehen
Ernährungsberatung Mutter	Gesunde Ernährung, Beratung zu Genussmitteln
Familienplanung	Verhütung und Sexualität nach der Geburt, alternative Verhütungsmethoden
<i>Beratungsgespräche mit informativem Charakter</i>	
Vorsorgeuntersuchungen	Information über fachärztliche Termine (Pädiatrie/Gynäkologie), teilweise Vor- und Nachbesprechung der Termine
Sonstiges	Tragetuchberatung, Informationen über relevante Behörden, Kindertagesstätten-Platz, Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit

Tabelle 7: Beratungsthemen und Beispiele

Für die meisten Hebammen ist es wichtig, nicht standardisiert zu arbeiten. Nur selten berät eine Hebamme alle von ihr betreuten Frauen zum selben nachgeburtlichen Zeitpunkt zum gleichen Themenspektrum. Die Beratung hat vielmehr einen proaktiven oder bedarfsorientierten Charakter. Liegt kein offensichtlicher Beratungsbedarf vor und wird dieser von den Frauen auch nicht eingefordert, kann dies dazu führen, dass bestimmte Themen nicht aufgegriffen werden. Einige Hebammen holen Themen zu einem späteren Zeitpunkt nach, wenn diese bis dahin von den Frauen nicht erfragt wurden.

Viele Hebammen erleben einen großen Beratungsbedarf seitens der Frauen, ärztliche Beratungsinhalte zu besprechen. Mehrheitlich wird berichtet, dass beispielsweise der Kinderarztbesuch anlässlich der Vorsorgeuntersuchung U3 bei Müttern einen Bedarf erzeugt, um Fragen und Verständnisprobleme zu klären. Konträre Ratschläge, die an der

Versorgung beteiligten Gesundheitsprofessionen, können zu einer Verunsicherung der Mütter führen.

Vordergründige Beratungsthemen dienen den Hebammen auch dazu, Themen in einem breiteren Kontext anzusprechen.

Und beim Schnuller da hole ich immer so ein bisschen aus, da habe ich gesagt, na, da müssen wir uns jetzt mal hinsetzen, [...].

Das „hinsetzen“ suggeriert, dass sich diese Hebamme in dieser Situation viel Zeit für die Beratung von Mutter und Kind nimmt. Themen, die von ihr im Zusammenhang mit einem Beruhigungssauger angesprochen werden, sind die Kontaktaufnahme zum Kind, der Zusammenhang zwischen der oralen Phase und der Hirnentwicklung des Säuglings sowie die Vor- und Nachteile von Beruhigungssaugern und Daumennuckeln. Bei einem starken Saugbedürfnis des Kindes sowie zur Bewältigung familiärer Situationen mit mehreren Kindern befürwortet diese Hebamme die Gabe eines Schnullers. Das Beispiel macht deutlich, dass es der Hebamme nicht primär darum geht, die Frau zu beraten, ob und wann ein Beruhigungssauger sinnvoll ist, sondern dass das Thema im breiteren Kontext der kindlichen Gesundheitsförderung besprochen wird.

Viele Hebammen verfügen über ein inhaltliches und zeitliches Konzept zur Beratung über relevante Themen. Beratungssituationen können sich aber auch aus unterschiedlichen Anlässen ergeben.

Situativ oder geplante Anlässe: Beratungsthemen ergeben sich situativ oder werden von den Hebammen geplant. Beim Vorliegen akuter Probleme, wie bei einer Neugeborenen-gelbsucht beim Kind oder einer verzögerten Rückbildung der Gebärmutter, werden Routinethemen von der Hebamme zu einem späteren Zeitpunkt angesprochen.

Individuelle oder generalisierte Anlässe: Beratungsthemen richten sich nach dem Bedarf der betreuten Familien oder werden von den Hebammen grundsätzlich angesprochen. Bestimmte Themen werden direkt von manchen Frauen nachgefragt.

Anlässe im Phasenverlauf des Wochenbettes: Unterschiedliche Situationen im Betreuungsverlauf erfordern eine entsprechende Themenwahl. Einige Themen sind vorrangig im Frühwochenbett relevant, andere treten dagegen eher im Spätwochenbett auf. Einige Thematiken entstehen erst, wenn die Frauen eine Rückkehr in die Berufstätigkeit planen. Den zeitlichen Zusammenhang beschreibt eine Hebamme wie folgt:

[...] am Anfang hast du schon mehr diesen medizinischen Teil. Dann kommt so eine Phase, wo sie eigentlich ganz gut gesettelt sind schon so. Wo die erste Aufregung sich gelegt hat und man/ und die selber auch so das Gefühl haben, das geht ganz gut. [...] Wenn du dann nach 2 Wochen gehst, ist das meiner Meinung gerade die Phase, wo alles schön und hübsch ist und du so da rausgehst und denkst super, das läuft ja. Und nach 4 Wochen ist da aber Holland in Not, bei fast allen.

Nach der Anfangsphase mit einem eher medizinischen Betreuungsschwerpunkt folgt eine Phase des Wohlbefindens, die anschließend in eine Phase der Unsicherheit im Umgang mit dem Kind mündet. Die Phase der Unsicherheit, von der Interviewpartnerin hier mit der Metapher „Holland in Not“ umschrieben, ist für viele Eltern mit der Herausforderung verbunden, das Schlafverhalten des Kindes richtig einzuschätzen, zu begleiten und eine entsprechende Strukturierung des Tagesablaufs mit dem Säugling zu finden. Dabei gelangen viele Eltern an ihre physischen und emotionalen Grenzen. Mit dem von der Hebamme weiterführend angesprochenen Hinweis auf das wichtigste Beratungsthema „Baby verstehen oder Babylesen“ wird ein Schwerpunkt der Hebammenarbeit benannt, der darauf abzielt, die Mutter-Kind-Interaktion sowie die Eltern-Kind-Beziehung positiv zu beeinflussen, indem die Hebamme den Eltern die Signale ihres Babys verständlich macht.

Zusätzlich wird deutlich, dass Hebammen in Abhängigkeit von Zusatzqualifikationen über unterschiedliche Themenrepertoires verfügen, auf die sie im Betreuungsprozess zurückgreifen. Ein Beispiel für ein solches Thema ist eine umfassende Tragetuchberatung. Weiterhin beeinflussen auch die Interessen der Hebammen die Themenwahl.

Das interessiert mich wirklich selber so wenig. Sie sollen irgendwie ins Geburtshaus gehen und so eine Breikost Einführung beim Ernährungsberater machen und da können sie dann alles lernen. Also ich kann denen schon die Basics mitgeben, aber es interessiert mich einfach nicht so sehr, dass ich mich da stundenlang hinsetze und erkläre: wann, was, wie?

An dieser Textstelle wird deutlich, in welchem Ausmaß die Schwerpunkte der Beratung von der persönlichen Relevanzsetzung der Hebamme abhängen. Einerseits werden als „uninteressant“ eingestufte Themen, nicht angesprochen, andererseits „interessante“ Themen ausführlicher behandelt. Zur Bearbeitung uninteressanter Themen überweisen Hebammen die Frauen auch an andere Berufsgruppen. In diesem Zusammenhang vermutet eine Hebamme, dass Kolleginnen sich „vielleicht so je nach Steckpferd nochmal so eine eigene Richtung [...] suchen“.

4.3.3 Gestaltung von Wochenbettbesuchen und Betreuungssituationen

Vor dem Hintergrund der Individualität jeder Familie, den situativen Anforderungen im häuslichen Wochenbett sowie den unterschiedlichen Herangehensweisen der Hebammen kann im Rahmen dieser Arbeit lediglich ein exemplarischer Ablauf eines Wochenbettbesuchs dargestellt werden. Beispielhaft werden nachfolgend relevante Bereiche eines Hausbesuchs skizziert.

Bei der individuellen Abfolge richten sich die Hebammen nach Situation und Bedarf von Mutter und Kind. Die Betreuungsschwerpunkte variieren mit jedem Besuch in Abhängigkeit auftretender Fragen und Probleme. Dazu müssen Hebammen, Betreuungssituationen richtig einschätzen und Prioritäten setzen können. Für die meisten Hebammen ist es wichtig, einerseits eine Struktur im Kopf zu haben, andererseits aber nicht standardisiert vorzugehen.

Und dann frage ich halt so langsam/ kommt halt darauf an, wenn sie dann schon irgendwas erzählt, ja, ich habe schon auf dich gewartet seit gestern, weil ich habe die dringende Frage, dann steige ich natürlich damit ein.

Die Interviewpartnerin macht mit dieser Aussage eine Perspektivübernahme deutlich, indem dringende Fragen der Frau zuerst geklärt werden und ihre geplante Betreuungsstruktur zunächst hinten ansteht.

Um eine individuelle Betreuung zu gewährleisten, müssen Hebammen einschätzen können, „wo die Frau und die Familie zum aktuellen Zeitpunkt stehen“. Im Vordergrund des Assessments stehen medizinische Parameter zum Zustand von Mutter und Kind sowie eine Einschätzung der Eltern-Kind-Situation. Die Erfassung und Bewertung der Situation wird von den meisten Hebammen durch Fragen zum Befinden und zu Besonderheiten sowie nach dem Verlauf der letzten Nacht bewertet. In einem Anfangsgespräch werden körperliche und seelische Beschwerden identifiziert und Gründe für eine schlaflose Nacht thematisiert. Manche Hebammen erfassen die Erstsituation nicht durch direktes Erfragen, sondern verlassen sich auf ihren klinischen Blick.

Und ja, wenn ich dann komme, dann gehe ich hinter dieser Mutter ja hinterher. Und auf diesem Weg bis zum Kind habe ich schon ausgefragt, wie es ihr geht. Das heißt, das sehe ich schon: Wie läuft sie? Ist die Naht gut? Wie es ihr körperlich gut geht? Wie sie aussieht?

In Abhängigkeit davon, ob das Kind wach ist oder schläft, folgen nach der Ersteinschätzung der Situation grundlegende diagnostische Handlungen. In der Regel wird ein schlafendes Kind von den Hebammen nicht geweckt, da es im Verlauf des Hausbesuchs

meist von selber wach wird. Liegen keine Auffälligkeiten vor, reicht es manchen Hebammen auch, das Kind erst am nächsten Tag zu untersuchen.

Die Kontrolle der Vitalzeichen, speziell die Blutdruckmessung bei der Mutter erfolgt nicht regelmäßig, sondern in Abhängigkeit vom Wochenbetttag und vom mütterlichen Befinden. Manche Hebammen messen nur einmal, andere kontrollieren täglich bis zum fünften Wochenbetttag, wieder andere kontinuierlich, bis sich die Blutdruckwerte im Normbereich befinden. Die mütterliche und kindliche Temperatur wird von den meisten Hebammen nur bei Auffälligkeiten gemessen.

Die Kontrolle von Geburtsverletzungen und Nähten erfolgt immer individuell und in Absprache mit der Frau. Während eine Hebamme anbietet, die Naht auf jeden Fall einmal anzugucken, fragen andere Hebammen lediglich nach durch die Naht verursachten Beschwerden. Äußert eine Frau keine Beschwerden und Auffälligkeiten, wird die Naht gar nicht oder nur einmalig inspiziert. Wenn Frauen wiederholt angeben, keine Probleme zu haben, fragt eine Hebamme nicht mehr routinemäßig nach, fordert aber auf, sich bei Problemen zu melden. Viele Hebammen erfragen im Vorfeld, ob die Frau möchte, dass sie sich die Naht einmal ansehen. Eine Hebamme guckt sich die Naht immer gemeinsam mit der Frau an.

[...] weil ich es auch immer wichtig finde, dass sie selber gesehen haben, so schlimm ist es gar nicht. Weil sonst hat man ja auch immer das Gefühl da ist alles zerfetzt und ganz furchtbar und eine riesen Wunde und wenn sie es dann sehen okay, da sind jetzt zwei kleine Stiche und ein kleiner Knoten, das ist ja gar nicht so schlimm. Dann ist das auch nochmal so ein Aha-Erlebnis.

Wenn es die Situation erfordert, werden auch Fäden von genähten Geburtsverletzungen entfernt. Da in einigen Regionen auch Labienverletzungen genäht und die Nähte von vielen Frauen als störend empfunden werden, ist es einer Hebamme besonders wichtig, diese Fäden zu lösen.

Laut Aussage der Hebammen fällt es den Frauen nicht immer leicht, alle postpartalen Beschwerden selber anzusprechen. Dies ist besonders bei Auffälligkeiten in Körperbereichen, die zu den sogenannten Tabuzonen zählen, wie der Genitalbereich, der Fall. Fragt die Hebamme dagegen gezielt nach, wird in der Regel auch offen geantwortet.

Übungen zur Förderung der Rückbildung körperlicher Umstellungsprozesse werden nur von einigen Hebammen demonstriert bzw. gemeinsam mit den Frauen durchgeführt. Während einige Hebammen kaum anleiten bzw. den Frauen nur einen Infozettel geben, führen andere Hebammen die Übungen immer gemeinsam mit den Frauen durch. Der

beste Zeitpunkt zum Beginn der Übungen wird unter den Hebammen kontrovers diskutiert. Nicht unerheblich für die Entscheidung sind der Geburtsverlauf und das Ausmaß der Geburtsverletzungen. Die meisten Hebammen konzentrieren sich zunächst auf eine leichte Mobilisation des mütterlichen Beckens und fangen erst in der dritten Woche mit Rückbildungsübungen an. Ihre Erfahrung ist, dass die Frauen vorher mit anderen Problemen, wie Schlafmangel und dem Stillprozess beschäftigt sind. Teilweise werden schon ab dem postpartalen 14. Tag Übungen gezeigt, die gut in den Alltag zu integrieren sind.

Das An- und Ausziehen des Kindes überlassen die Hebammen in der Regel den Müttern, um gleichzeitig deren Handling zu beobachten. Nur bei Bedarf wird eine Hilfestellung gegeben. Den meisten Hebammen ist es jedoch wichtig, das Kind auch mindestens einmal selber ausziehen, um den Zustand des Kindes besser beurteilen zu können. Neben der Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion, wird beim An- und Ausziehen der kindliche Zustand eingeschätzt und das Kind einmal von oben nach unten betrachtet. Die Untersuchung wird entweder dabei mit der Mutter oder den Eltern besprochen oder erfolgt ohne Einbeziehung der Eltern.

Und dann fahre ich halt so über die Fontanelle, gucke, ob die plan ist und taste den Kopf so ab. (...) Das sind glaube ich so Sachen, die die Eltern gar nicht so richtig mitkriegen, was ich da mache.

Bestimmte körperliche Phänomene des Kindes zu bewerten, ohne diese mit den Eltern zu besprechen, entspricht einer häufig eingesetzten Strategie. Dabei vermeiden Hebammen für die Eltern beängstigende Themen anzusprechen, wenn sie keinen Grund dafür sehen. Wichtig in den ersten Tagen nach der Geburt ist den Hebammen auch die Bewertung und Pflege des Zustands des kindlichen Nabels. Die Handlungsansätze in diesem Kontext sind von der Hebamme und dem Kind abhängig.

Einen großen Betreuungs- und Beratungsbedarf besteht beim Stillen. Oft reicht es, den Frauen die notwendige Bestätigung zu vermitteln, dass alles normal ist und sie alles richtig machen. Häufig wird die Stillberatung von den Hebammen als schwierig, aber am Ende meist erfolgreich erlebt.

Dann sehe ich eine große Aufgabe da drin, die Frauen zum Stillen sozusagen zu bewegen oder zu motivieren und das finde ich auch mit anstrengend und herausfordernd, weil bei vielen das eben nicht so läuft. Bzw. es läuft tatsächlich dann doch bei vielen. Aber man muss viel Mühe reinstecken.

Die Stillberatung wird primär aufgrund des hohen Zeitaufwands als schwierig empfunden. Unter Umständen kann es erforderlich sein, eine komplette Stillmahlzeit zu beobachten. Die Hebammen erleben häufig, dass eine gut etablierte Stillbeziehung zwischen Mutter und Kind, besonders in den Fällen, die anfangs beschwerlich waren, mit einem Erfolgserlebnis für beide Parteien verbunden ist. In der Regel wird der Stillprozess bei Zweit- oder Mehrgebärenden als unproblematischer eingeschätzt.

Der erste Hausbesuch nach der Geburt erfordert gewöhnlich mehr Zeit als die nachfolgenden Besuche und dauert oft mehr als eineinhalb Stunden. Grundsätzlich erfragen die Hebammen beim ersten Besuch das Befinden von Mutter und Kind ausführlicher als bei späteren Besuchen. In diesem Kontext ist es den Hebammen wichtig, die Frauen von Beginn an zu bestärken.

[...] der erste Besuch ist so eine Mischung aus Zuhören, Vertrauen geben oder Zuversicht geben, dass sie das hinkriegen, dass sie das gut machen.

Neben der Vermittlung von Zuversicht klärt eine andere Hebamme beim ersten Besuch offen darüber auf, dass eine anstrengende Lebensphase bevorsteht und Eltern sich dafür Zeit nehmen müssen. Weiter ist die Reflexion der Geburt ein wichtiges Thema beim ersten Hausbesuch.

Beim ersten Besuch ist mir nochmal wichtig, zu hören, wie die Geburt verlaufen ist, um einzuschätzen daraus auch, wie es Mutter und Kind geht. [...] Ja, und dann, der Bericht dauert ja, je nachdem, bestimmt schon mal 20 Minuten.

Unter Umständen erfolgt eine Geburtsreflexion auch erst im weiteren Betreuungsverlauf. Für eine Hebamme ist die Besprechung der Geburt ein entscheidender Baustein in der Wochenbettbetreuung. Sie hat das Gefühl, im gemeinsamen Gespräch über das Geburtserleben viel bewegen und relativieren zu können, um so Mutter und Kind einen besseren Start zu ermöglichen.

Der Betreuungsverlauf hängt auch vom Entlassungszeitpunkt aus der Klinik ab. Bei Besuchen nach einer ambulanten Geburt, die oft noch am Entlassungstag erfolgen, steht zunächst das diagnostische Handeln im Vordergrund. Bei Frauen, die die ersten Tage post partum im klinischen Bereich verbrachten, geht es häufig darum, aus der Klinik mitgebrachte Informationen zu relativieren. Dabei rückt die Aufarbeitung des Geburtserlebens in den Hintergrund.

Und nicht, dass das bei einer Frau, die stationär geblieben ist verlorenght, aber da sind ganz andere Themen viel präsenter, die wieder gerichtet werden müssen. Die Frau, also nicht, dass ich das ins Lot bringe, sondern ich muss gu-

cken, dass die Frau wieder ins Lot kommt, weil sie so mit so viel Informationen oft so vollgeladen ist.

Beispielhaft erwähnt die Interviewpartnerin insbesondere durch mangelhafte Stillberatung verunsicherte Frauen.

Zum Abschluss eines Hausbesuchs ist es den Hebammen wichtig zu wissen, dass es Mutter und Kind gut geht. Bei Problemen vereinbaren die Hebammen entweder am gleichen Tag einen zweiten Hausbesuch oder ziehen andere Gesundheitsprofessionen hinzu. Am Ende jedes Besuchs wird in der Regel ein Folgetermin ausgemacht. Viele Hebammen empfehlen den Frauen, Fragen die in der Zwischenzeit entstehen, aufzuschreiben. Diese werden dann möglichst beim nächsten Termin abgearbeitet. Mehrheitlich erleben die Hebammen, dass diese Fragen im Betreuungsverlauf weniger werden.

4.3.4 Handeln in Situationen mit spezifischem Versorgungsbedarf

Zusätzlich zu der Individualität einzelner Betreuungsverläufe erfordern unvorhergesehene Betreuungssituationen von den Hebammen eine hohe Flexibilität und Professionalität. Interviewübergreifend wurden einige Praxisbeispiele analysiert, wie Hebammen in schwierigen und besonderen Situationen agieren.

Betreuungssituationen, die von den Hebammen im Kontext einer postpartalen Betreuung als schwierig erlebt werden, beziehen sich sowohl auf gesundheitliche Problematiken von Mutter und Kind als auch auf sozial schwierige Konstellationen. Zu den auf gesundheitlichen Problemen der Mutter beruhenden, schwierigen Situationen gehören der Verdacht auf postpartale psychische Erkrankungen, schwierige Stillsituationen, wie eine schwere Brustentzündung mit Fieber, schwere Fälle von wunden Brustwarzen oder auch eine kollabierende Frau mit einer Milchstau-Diagnose. Sozial schwierige und problematische Situationen sind beispielsweise häusliche Gewalt oder Mütter in belastenden Lebensumständen, wie eine alleinstehende Mutter mit Drillingen und einem zweijährigen Kind. Schwierige Situationen, die im Zusammenhang mit der Beobachtung des Kindes auftreten, sind akute Kindeswohlgefährdung, eine mangelnde Gewichtszunahme oder Kinder mit unklarem Neugeborenen-Ikterus-Befund.

Die aus den Erzählungen der Hebammen abgeleiteten Merkmale des Hebammenhandelns lassen sich nicht auf alle schwierigen Betreuungssituationen gleichermaßen übertragen und müssen von den Handelnden im individuellen Fall immer wieder neu abgewogen werden. Hebammen erleben und betreuen sowohl akute Notsituationen, die ein

sofortiges Handeln und eine Überweisung erfordern, als auch Situationen, in denen ein abwartendes Reagieren möglich ist. Interviewüberreifend lassen sich wiederkehrende Merkmale beschreiben, die das professionelle Handeln in problematischen Situationen kennzeichnen:

- Eine Kontinuität im Betreuungsverlauf und eine gute Beziehungsgestaltung begünstigen die fachkundige Einschätzung des mütterlichen gesundheitlichen Zustands sowie der Ressourcen der Frau und ihrer Familie. Um Veränderungen rechtzeitig wahrnehmen und angemessen reagieren zu können, ist es vielen Hebammen wichtig, eine vertrauensvolle Beziehung zu den Frauen aufzubauen und diese kontinuierlich zu betreuen (vgl. *Kapitel 4.5.1*).
- Eine zeitweise Erhöhung der Besuchsfrequenz dient der verstärkten Beobachtung sowie rechtzeitigen Durchführung unterstützender Maßnahmen zur Behebung eines gesundheitlichen Problems (vgl. *Kapitel 4.6.1*).

[...] also, du gehst ja hin und du gehst auch zweimal hin, weil du Anhaltspunkte hast, dass was nicht gut läuft. Und dann hast du das große Glück zu handeln, bevor es schwierig wird.

- Die Einbindung des familiären Netzwerkes (Ehemann/Partner, Mutter, etc.) dient der Entlastung der Frau und unterstützt gleichzeitig die Hebamme (vgl. *Kapitel 4.5.2*).
- Die Aktivierung des Hebammeneigenen professionellen Netzwerks, wie Rat-suche bei einer Kollegin oder Hinzuziehung einer Stillberaterin, gibt Sicherheit bzw. Unterstützung (vgl. *Kapitel 4.6.2*).
- Die genaue Beobachtung von Mutter und Kind einschließlich der Wahrnehmung eindeutiger Warnsignale unterstützt die Hebamme bei der Entscheidungsfindung. Sowohl bei der Mutter als auch beim Kind gibt es Anzeichen, die eine sofortige Weiterleitung an andere Professionen unerlässlich machen.

Da sieht man die Kinder/ sieht man sie sind grau und – zack, sind sie in der Klinik. So schnell. Also, da wart ich auch gar nicht lange, ja. Da riskier ich nichts und da fang ich nicht daheim an mit irgendwelchen Globulis. Sondern wenn ich den Eindruck hab, dieses Kind hat ein Atemwegsproblem, das ist grau, das wird geschickt.

Im zitierten Beispiel bemerkt die Hebamme bei einem sechs Wochen alten Säugling eine Virus-Infektion. Sie erfasst die Situation, reagiert sofort und verlässt sich nicht mehr auf sonst von ihr angewandte alternative Heilmittel.

- Neben einer aufmerksamen Beobachtung ist das Herausfiltern von Warnzeichen durch genaues Zuhören ein zentrales Merkmal professionellen Handelns, wie im

nachfolgenden Beispiel bei dem Verdacht auf eine mütterliche postpartale Depression:

Sie sagt, sie kann ihr Kind nicht lieben. Sie hat noch nicht solche intensiven Muttergefühle.

- Wenn die eigene professionelle Grenze erreicht ist, ist eine Überweisung an die ärztliche Berufsgruppe erforderlich. Solche Situationen können sich entweder akut ergeben oder nach erfolgten Hebammenkundlichen Maßnahmen notwendig werden. Eine Überweisung ist in der Regel bei lang anhaltenden Schmerzen, hohem Fieber und einem Bedarf einer antibiotischen Behandlung, bei lang andauernden Beschwerden/Auffälligkeiten sowie beim parallelen Auftreten von zusätzlichen Symptomen erforderlich:

Also ich schicke die Kinder in die Klinik, wenn ich sie extrem gelb finde, also wenn ich es nicht mehr selber einschätzen kann, wenn sie parallel dazu Gewicht abnehmen, statt zunehmen, wenn sie nicht mehr ausscheiden oder mäßig ausscheiden und wenn sie ungenügend trinken.

- Wenn erforderlich wird ärztliche Hilfe auch direkt zum Hausbesuch hinzugezogen (vgl. Kapitel 4.6.2).

Zu den Herausforderungen, die von den Hebammen im Kontext der Bewältigung problematischer Situationen genannt werden, zählt das Problem, Mutter und Kind offiziell nicht überweisen zu dürfen. Diese Praxis führt dazu, dass das Weiterleiten von Mutter oder Kind „*ich schicke die Kinder in die Klinik, wenn [...]*“ potenziell nicht die erforderliche interdisziplinäre Anerkennung besitzt und Hebammen kein offizielles Feedback über Behandlungsverläufe, wie es innerhalb der ärztlichen Berufsgruppe üblich ist, erhalten.

Nicht alle Hebammen in dieser Studie geben an, eine schwierige Situation erlebt zu haben. Sie hielten alle erlebten Situationen für lösbar oder konnten auf die Unterstützung einer Kollegin zurückgreifen.

Bei einigen der befragten Hebammen lassen sich Handlungen zur Bewältigung akuter Krisen erkennen. Dabei handelt es sich vorwiegend um eine Unterstützung von Mutter und Kind in dringlichen Notfällen. Auffällig ist, dass einige Hebammen pragmatisch vorgehen und unter Umständen auch rechtliche Vorgaben und die Möglichkeit haftpflichtgesetzlicher Ansprüche außer Acht lassen, um Mutter und Kind Hilfestellung zu leisten. Eine Hebamme lässt beispielsweise eine von ihr betreute junge Mutter mit Kind nach dem Verdacht einer häuslichen Gewaltsituation privat bei sich zu Hause übernachten. Diese Mutter wird später in ein Mutter-Kind-Heim aufgenommen. Eine Heb-

amme fährt Kinder, die akut ärztlich versorgt werden müssen, mit ihrem Privatfahrzeug zur Ärztin/zum Arzt oder in die Klinik.

In solchen Fällen pack ich die Kinder ins Auto und bring die, wenn niemand mit Chauffeur da ist. (...) Kommt nicht so oft vor. Aber gelegentlich fahr ich mit den Kindern/ Also, schnell/ Pack Mutter und Kind ein und fahr zum Arzt oder in die Klinik.

Dieselbe Hebamme fährt hochschwangere Frauen, bei denen sie gerade zum Vorgespräch ist, bei einem sich anbahnenden Geburtsbeginn ebenfalls in die nächstgelegene Klinik, wenn niemand anwesend ist und das Rufen eines Rettungsdienstes zu lange dauern würde. Eine Hebamme absolviert bei Stillproblemen mehrmalige Hausbesuche pro Tag.

Bin auch schon zu Frauen drei-, viermal gefahren, zu jeder Stillmahlzeit. Wenn Du das vier-, fünfmal gemacht hast, dann klappt's ja auch, als wenn du sagst: "Ich komme morgen wieder." Denn die fünf anderen Mahlzeiten klappen nicht, und dann ist der Frust groß. Also, dass man auch mal neben dem, was man abrechnen kann, (.) mal guckt. (.) Also, das ist mir auch wichtig. Ist mir dann auch egal, ob ich es gerade bezahlt kriege. Ja.

Dieser Hebamme ist es wichtig, dass der Stillprozess funktioniert. Obwohl Hebammen bei Wochenbettproblemen maximal einen zweiten Besuch pro Tag und Frau abrechnen können, absolviert die zitierte Hebamme bei Stillproblemen mehrere zusätzliche Besuche. Nach ihrer Erfahrung gibt es im weiteren Wochenbettverlauf weniger Probleme, wenn sie frühzeitig in eine intensive Begleitung eines problematischen Stillprozess investiert.

Andere Beispiele bei weniger akuten, aber dennoch dringlichen Umständen, beinhalten soziale Unterstützungsmaßnahmen der Hebammen, beispielsweise bei Frauen in schwierigen familiären Konstellationen. In Einzelfällen werden die Kosten einer Heilbehandlung vorläufig übernommen oder im Rahmen von sozialarbeiterischen Leistungen Frauen beim Ausfüllen von Anträgen unterstützt.

Obwohl die Hebammenarbeit primär auf die Begleitung einer physiologisch verlaufenden Wochenbettphase ausgerichtet ist, gibt es Situationen, die eine erweiterte fachkundliche Intervention erfordern. Die genannten Beispiele verdeutlichen die Komplexität der Hebammenbetreuung im Wochenbett und die Bereitschaft vieler Hebammen außerhalb ihrer professionellen Rolle zu handeln.

4.3.5 Wandel des Beratungsbedarfs

Während postpartale Hausbesuche sich früher auf die Versorgung des Nabels sowie das Stillen und Baden des Kindes beschränkten, haben Hebammen heute das Gefühl, eine umfassende „Lebensberatung“ anzubieten oder wie nachfolgend beschrieben, die Frauen „lebensphilosophisch“ zu beraten.

Das eine war rein medizinisch und jetzt ist es eigentlich mehr und mehr, also denke ich oder vielleicht ist es auch mehr mein Anliegen so, lebensphilosophisch, sage ich mal.

Interviewübergreifend lässt sich bei vielen Hebammen erkennen, dass der lebensweltliche Bezug in Handlungssituationen einen großen Anteil der Betreuungs- und Beratungssituationen ausmacht. Als Grund werden zunehmenden Unsicherheiten der Eltern sowie die sich im Laufe der Zeit verändernden familiären Muster vermutet.

Viele Fragen, oft viele sind ja lebensunfähig sag ich immer, also die können/ bei Google steht nun mal nicht drin, was normal ist und was nicht normal ist. Also es ist viel Psychoarbeit, also man hat viele, viele Fragen, viele Unsicherheiten wieder zu klären und gibt viele familiäre Probleme, viele Partnerschaftsprobleme, also dieses normale Familiäre hier so, wird immer weniger, also entweder sozialauffällige Leute oder diese Überstudierten, die nachher nicht mehr mit beiden Beinen im Leben stehen, das ist sehr schwierig.

Zusammenfassend gibt es nach Meinung dieser Hebamme, immer weniger Familien die gut mit dem Leben zurechtkommen und realistisch bleiben. So rücken Themen, wie die Organisation des Alltags mit dem Kind oder die Rückkehr in das Berufsleben zunehmend in den Vordergrund. Daraus ergibt sich ein Aufklärungsbedarf, hinsichtlich der Vermittlung, was es bedeutet ein Kind zu haben.

Also, ich habe so ein bisschen den Eindruck, also speziell jetzt in (Stadtteil A), das gehört zum Lifestyle und dann fallen sie in ein tiefes Loch, ja, weil das eben nicht nur Klamotten sind oder ich bringe das Kind ins Bett oder in die Kita oder wir singen oder wir lesen vor, sondern dass das auch noch was anderes ist, ja.

Die Bandbreite innerhalb der Klientel einer Hebamme kann sehr groß sein und manche sehen sich oft Extremen gegenüber. Eine Hebamme beschreibt die Spannbreite des Erlebten von entweder wird mit dem Kind ein „goldenes Ei gelegt“ oder „es verwahrlost total“.

Viele Frauen werden einerseits unsicher und andererseits als sehr auf sich und das Kind zentriert erlebt. Im Vordergrund der Beratung stehen oft Fragen wie: „Was will eigentlich dieses Baby von mir? Wieviel Ruhe muss ich halten für das Kind?“ Zudem stellt

eine Hebamme fest, dass Frauen in ihrer eigenen Kindheit- und Jugend nur wenig Coping-Strategien vermittelt werden.

Wie gehen wir mit Belastung um, was bedeutet das, mit einem Kind sein? Zuhause sein, sich zurücknehmen, eigene Bedürfnisse hinten anstellen?

Weiterhin geht es darum, über die Bedürfnisse der Kinder aufzuklären. Hierzu zählen insbesondere das Bedürfnis nach Ruhe und Reizarmut. Weitere Themen sind das allgemeine Handling, der Stillprozess und die Gründe, warum Babys weinen.

Das können die halt nicht sagen. Insofern müssen sie halt schreien. Und das ist irgendwie die Intuition da oft fehlt dafür. Und oder auch das hinnehmen, dass es einfach so ist.

Eine Hebamme spricht sogar davon, den Eltern „das Baby erklären“ zu müssen. Viele Hebammen teilen das Gefühl, dass die Frauen wenig intuitiv handeln und schnell mit der Situation mit einem weinenden Kind überfordert sind.

Ein großer Beratungsbedarf besteht auch bei einer Doppelbelastung durch den Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit. Dabei stehen Fragen zum Abstillen, Zeitmanagement und die Organisation der Berufstätigkeit bei andauerndem Stillen im Vordergrund. Die Hebammen erleben, dass viele Frauen früh, das heißt vier bis sechs Monate oder spätestens ein Jahr nach der Geburt des Kindes, wieder anfangen zu arbeiten.

4.3.6 Fazit

Das professionelle Handeln der Hebammen im Wochenbett erfolgt immer mit Blick auf das Wohlbefinden der Mutter und des Kindes. Zu den übergreifenden Handlungszielen gehören die Unterstützung der Frauen zur Selbständigkeit, die Begleitung der Eltern in das Familie-werden, die Etablierung einer stabilen Stillbeziehung sowie die Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit von Mutter und Kind. Die genannten Ziele und die im Text analysierten Handlungsbeispiele verdeutlichen die individuelle und komplexe Versorgungssituation im Wochenbett und gleichzeitig die große Verantwortung der Hebammen.

Das Tätigkeitsspektrum im Rahmen der häuslichen Wochenbettbesuche wird von den Hebammen unterschiedlich beschrieben und ausgefüllt. Die Begleitung und Beobachtung physiologischer mütterlicher Umstellungs- sowie kindlicher Entwicklungsprozesse sind jedoch konstante Grundelemente der Hebammenarbeit, aus denen sich diagnostische, pflegerisch-therapeutische, praktisch-anleitende und beratende Handlungsformen ableiten. Während für einige Hebammen das pflegerisch-therapeutische Handeln im

Vordergrund steht, nehmen andere Hebammen steigende psychosoziale Beratungsanteile ihrer Tätigkeit wahr. Der sich verstärkende lebensweltliche Bezug des Handlungsfeldes führt dazu, dass Hebammen vermehrt mit konkreten Alltagsfragen zum Umgang mit der neuen Lebenssituation und dem Kind konfrontiert werden. In ihrer professionellen Rolle sprechen einige Hebammen proaktiv relevante Themen an, während andere primär auf den Bedarf von Mutter und Kind reagieren. Diese unterschiedlichen Herangehensweisen und Schwerpunktsetzungen wirken sich nicht zuletzt auf konkrete Handlungssituationen aus. Beratungsschwerpunkte und die Gestaltung der Hausbesuche sind extrem variabel. Besonderheiten im Betreuungsverlauf ergeben sich beim ersten Hausbesuch nach der Geburt sowie nach ambulanten Geburten. Neben dem Bedarf von Mutter und Kind spielen zusätzliche Qualifikationen und Präferenzen der Hebamme eine Rolle im Betreuungs- und Beratungsprozess.

Hebammen in der häuslichen Wochenbettbetreuung agieren in einem Spannungsfeld zwischen physiologischen Zuständen und Ausnahmesituationen. Interviewübergreifend existieren Merkmale, die das Hebammenhandeln in schwierigen Situationen leiten. Dazu zählen eine vertrauensvolle Beziehung und Kontinuität im Betreuungsverlauf, eine zeitweise Erhöhung der Besuchsfrequenz, die Aktivierung des eigenen professionellen Netzwerkes, die Beachtung eindeutiger Warnsignale und die Überweisung von Mutter und Kind bei Bedarf an die ärztliche Berufsgruppe. Bei der Bewältigung akuter Krisen und Notfälle lassen sich auch Handlungsmuster außerhalb des professionellen Versorgungsauftrages erkennen. Zentral für das Hebammenhandeln ist es, sich auf unterschiedliche soziale Nutzerinnengruppen und deren Bedarfe in komplexen Betreuungssituationen einzustellen.

4.4 Unterstützung der Gesundheit von Mutter und Kind

Im folgenden Kapitel werden die mütterliche und kindliche Gesundheit aus Hebammenperspektive betrachtet, angenommene Ursachen für mütterliche Gesundheitszustände analysiert und Handlungsansätze der Hebammen zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit von Mutter und Kind aufgezeigt. Auffällig bei der Frage nach dem mütterlichen gesundheitlichen Wohlbefinden sind die unterschiedlichen Reaktionen der Teilnehmerinnen. Viele Hebammen müssen über die Frage zunächst einen Moment nachdenken und sind sich nicht sicher, was mit dem Begriff „Gesundheit im Zusammenhang mit dem Wochenbett“ gemeint ist. Sie fragen sich, ob es eher um Probleme körperlicher Art oder konkrete Wochenbetttypische Symptome geht.

4.4.1 Mütterliche postpartale Gesundheit

Die Mehrheit der befragten Hebammen schätzt die von ihnen betreuten Frauen als „überwiegend“ gesund ein. Bei genauer Analyse der Textpassagen sind die Aussagen jedoch nicht immer eindeutig. Einige Hebammen berichten, dass alles ganz normal ist, kaum Schwierigkeiten auftreten und die Frauen im Wochenbett gesund erlebt werden. Andere Hebammen halten ihr Klientel für überwiegend gesund und beschreiben Ausnahmefälle. Manche Hebammen schätzen die Frauen gleichzeitig als gesund und krank ein.

Die folgende Tabelle 8 stellt die mütterliche Gesundheit im Wochenbett aus Hebammenperspektive dar und verdeutlicht, wie gesundheitliche Problematiken auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit verortet werden.

Gesund / Physiologisch	⇔	Krank / Pathologisch
„klassische Beschwerden“		präexistente Erkrankungen, anhaltende starke Schmerzen psychische Erkrankungen
Problem (schnell) lösbar		Problem nicht lösbar
Selbstvertrauen der Frau vorhanden		fehlendes Selbstvertrauen der Frau
Zustand nach normaler Geburt		Zustand nach traumatischer Geburt

Tabelle 8: Postpartale mütterliche Gesundheit aus Hebammenperspektive

Somatische Beschwerden, wie Kopf- und Rückenschmerzen, Wundheilungsstörungen oder Hämorrhoiden, werden von den meisten Hebammen im Kontext einer primär an physiologischen Prozessen orientierten Betreuung als normaler Verlauf eingeordnet und nicht pathologisiert. Diese von einigen Hebammen auch als „klassische Beschwerden“ bezeichneten Probleme werden primär durch physiologische Veränderungen während Schwangerschaft und Geburt verursacht oder entstehen durch Anpassungsvorgänge bzw. andere Beanspruchungen im Wochenbett. Beispielsweise können Rückenschmerzen durch hormonelle Veränderungen in der Schwangerschaft, eine Periduralanästhesie während der Geburt, falsche Stillpositionen, häufiges Tragen des Kindes, aber auch durch psychische Belastungen im Wochenbett verursacht werden. Die diagnostizieren Beschwerden werden von den Hebammen zwar ernst genommen, aber nicht als krankhaft eingeordnet.

Also ich nehme das ernst. Aber als Krankheit würde ich das nicht betiteln, sondern das ist Folge von falscher Haltung. Ja. Nicht jeder, der Rückenschmerzen hat, ist krank. Ja. Weil das ist ja oft eine Ursache, die man relativ schnell beheben kann. Ja. Und dann liegt es auch wieder an der Frau, das zu machen.

Als krank werden Frauen von den Hebammen dann eingestuft, wenn sie bereits vor der Schwangerschaft präexistente Erkrankungen aufwiesen. Beispiele dafür sind ein Diabetes mellitus, Hypertonus oder auch eine Krebserkrankung. Postpartal neu auftretende gesundheitliche Probleme werden von einer Hebamme auch als *Unpässlichkeiten* bezeichnet.

Und (..) ich erleb das eine wie das andere. Und ich würde es weder so noch so betitulieren, gesund oder krank, das ist natürlich, wie willst du es definieren. Also schwerkrank ist jemand, die Krebs hat, ja.

Weiterhin werden Frauen, die so starke Schmerzen haben, dass sie das Kind nicht versorgen können, als krank erlebt. Dies kommt jedoch nur selten vor. Ob eine Frau als gesund oder krank eingestuft wird, hängt auch davon ab, ob die Hebammen die Ursache für die Symptome alleine bzw. mit Hilfe ihres professionellen Netzwerkes beheben können.

[...] also für mich ist es dann keine Krankheit, weil ich ja dann sofort das Problem lösen kann.

Interessant ist, dass einige Hebammen körperliche Beschwerden im Rahmen eines physiologischen Wochenbettverlaufs einordnen und psychische Probleme eher als krankhaft einstufen. Eine Hebamme äußert das Gefühl, dass Frauen mit einer Disposition für Depressionen wirklich krank sind, und betont, dass sie sich in diesen Fällen mehr Gedanken darüber macht, wie die Situation einzuschätzen ist.

Also da habe ich selber auch so ein stärkeres Krankheitsgefühl. Während wenn die Frau psychisch stabil ist, dann habe ich eher das Gefühl, die sind wirklich gesund.

Ihre Einschätzung lässt vermuten, dass einige Hebammen Körper und Psyche getrennt beurteilen und physische und psychische Erkrankungen unterschiedlich bewerten. Andere Hebammen gewichten psychische und physische Erkrankungen gleich. Allerdings können sie körperliche Beschwerden meist besser einordnen und deren potenzielle Verläufe besser bewerten. Beispielhaft stellt eine Hebamme die Vorhersehbarkeit des Heilungsprozesses eines Dammrisses der lang andauernden und wenig vorhersehbaren Therapie einer psychischen Erkrankung gegenüber. Psychische Erkrankungen wirken sich auch auf die Familie und auf den Umgang mit dem Kind stärker aus als körperliche Beschwerden.

Hebammen erleben, dass körperliche Beschwerden eine psychische Ursache haben können und dass beispielsweise schwere Geburtsverletzungen mit starken Schmerzen sich wiederum auf die psychische Gesundheit auswirken können.

Und dann eben eine Epi und mit einem Hämatom bis sonst wo hin und die war verletzt, im körperlichen wie im seelischen Sinne. Und da fand ich wirklich so diese/ also da war natürlich auch die psychische Komponente, aber das hätte ich nicht werten wollen.

Eine Hebamme verweist darauf, dass Frauen mit ähnlichen Diagnosen entweder krank im Bett liegen oder herumlaufen und sich nicht krank fühlen. Ob sich eine Frau als gesund oder krank erlebt wird, hängt auch mit ihrem Selbstvertrauen zusammen. Ein mangelndes Körperbewusstsein und Selbstvertrauen der Frauen führt dazu, dass manche Frauen nicht immer in der Lage sind, ihren eigenen Gesundheitszustand einzuschätzen.

Heute wird wirklich ja alles mehr von der pathologischen Seite gesehen. Also wie gesagt, es geht in der Schwangerschaft ja schon los. Also das ist/ Ich fand es mal sehr eindrücklich. Wir fragen auch die Frauen zur Geburtsvorbereitung immer, wie es ihnen geht, ob es irgendwas Besonderes in der Woche gab. Und da hat mir wirklich eine mal geantwortet, das weiß sie nicht, sie geht morgen erst zum Arzt.

Die in der Textpassage beschriebene Wöchnerin wird von der betreuenden Hebamme als unsicher erlebt. In einer anderen Textstelle sagt sie „*eigentlich haben wir kaum noch gesunde Schwangere*“ und vermutet, dass aufgrund eines Überangebotes an medizinischen Vorsorgeleistungen viele Zustände von den Frauen nicht mehr als normal eingeschätzt werden. Auch eine andere Hebamme bemerkt, dass fast jede Frau „*mal ein Kreuzchen als Risikoschwangere*“ bekommt. Ihr ist es jedoch wichtig, primär schwangere Frauen als gesund einzustufen.

Hebammen sprechen häufig eine zeitliche Komponente an, nach der sich Beschwerden einordnen lassen.

Manchmal ist es ja so in 6 Wochen, dass wir das gar nicht gemeinsam mitkriegen. Wir arbeiten an bestimmten Sachen. Kommt die Milch in Gang? Sind die Brüste gut? Entwickelt sich die Gebärmutter gut zurück? Wächst das Kind? [...] Und dann erst mit der Zeit kommt es eigentlich hoch. Da gibt es nochmal so eine zweite Phase dann des Wochenbettes. Wo eigentlich dann der Raum für die seelische Erkrankung eigentlich rauskommt. Das ist ja noch nicht ganz am Anfang so präsent. Weil die Frauen ja noch wie funktionieren [...].

Für diese Hebamme teilt sich das Wochenbett in zwei Phasen. In der frühen Phase „*funktionieren*“ Frauen und kümmern sich gemeinsam mit der Hebamme um den Stillprozess, körperliche Rückbildungsvorgänge sowie die Entwicklung des Kindes. Erst in

der zweiten Phase, die etwa sechs Wochen nach der Geburt des Kindes einsetzt, werden psychische Auffälligkeiten sichtbar, die vorher unterdrückt wurden. Diese Einteilung unterstützt die vorher beschriebene getrennte Beurteilung von Körper und Psyche und die Tatsache, dass psychische Auffälligkeiten zu Beginn der Wochenbettzeit weniger präsent sind.

Formen gesundheitlicher Beschwerden

Obwohl Hebammen die gesundheitliche Situation der betreuten Frauen insgesamt als positiv einschätzen, sprechen sie interviewübergreifend viele Beschwerden an. Diese lassen sich in Probleme körperlicher und psychischer Art unterteilen.

Körperliche Probleme	Psychische Probleme
<ul style="list-style-type: none"> – wunde Brustwarzen, Brustsoor – Milchstau – Mastitis – Schlafmangel – Rücken- und Nackenschmerzen – „Muskelkater“ – Rückbildungsstörungen – Dammerverletzungen – Heilungsstörungen bei Dammnähten – Hämorrhoiden – Beckenbodenbeschwerden – Beckenschiefstand – Harnwegsinfekte und Beschwerden beim Wasserlassen – Wundheilungsstörungen – Lochialstau – Hämatom bei Zustand nach Sectio – Postoperative Schmerzen nach Sectio – Eisenmangel – Sehnenscheidenentzündung – Thrombose – Gerinnungsstörung – Symphysenlockerung – Starke Erkältung – Adipositas 	<ul style="list-style-type: none"> – Babyblues – Postpartale Depressionen – Psychosen – „<i>seelische Probleme aufgrund der neuen Situation, die aber keinen Krankheitswert haben müssen</i>“ – eine „<i>hohe seelische Verwundbarkeit</i>“, <i>seelisch instabil</i>“ – Frauen sind „<i>verletzt</i>“ – „<i>das Kind nicht annehmen können</i>“ – etwas „<i>zwischen Babyblues und Depression</i>“ – fehlendes Selbstvertrauen

Tabelle 9: Gesundheitliche Probleme im Wochenbett

Als Hauptproblem wird von den meisten Hebammen der Schlafmangel der Mutter definiert. Auffällig ist, dass physische Beschwerden eindeutig klassifiziert werden, während bei psychischen Beschwerden neben den klassischen Diagnosen weitere Beschreibungen der psychischen Verfassung verwendet werden. Frauen haben „*seelische*

Probleme aufgrund der neuen Situation“, Hebammen erleben bei den Frauen eine „*hohe seelische Verwundbarkeit*“, sie sind „*seelisch instabil*“, Frauen werden als „*verletzt*“ erlebt, sie können „*das Kind nicht annehmen*“, es ist etwas „*zwischen Babyblues und Depression*“. Auch ein „*fehlendes Selbstvertrauen der Frauen*“ wird häufiger angesprochen. Nur vereinzelt berichten die Hebammen von schwerwiegenden Verläufen oder Fällen, bei denen die Frauen über einen längeren Zeitraum über massive Beschwerden klagen oder sich unwohl fühlen.

Darüber hinaus berichten Hebammen, dass sie heute mehr Frauen mit chronischen Erkrankungen betreuen, bei denen eine Schwangerschaft früher nicht möglich gewesen wäre. Betreut werden beispielsweise Frauen mit rheumatischen Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Infektionen oder auch Frauen nach einer Krebserkrankung. Laut Ansicht der Hebammen sind chronisch kranke Frauen gut an das medizinische Versorgungssystem angebunden. Sie treten oftmals als Expertin ihrer Krankheit auf, so dass das Wissen der Hebamme hier „*gar nicht so gefragt*“ ist.

Ursachen für mangelndes Wohlbefinden

Relativ einheitlich vermuten die Hebammen einen Zusammenhang zwischen mangelndem Wohlbefinden und Überlastung der Frauen. Als Ursachen für die Überlastung nennen die Hebammen eine fehlende körperliche Schonung der Frauen und eine Überforderung durch das Leben mit dem Kind.

Viele Hebammen empfehlen die Einhaltung einer „*Schonzeit*“ nach der Geburt zur Erholung der Mutter und des Kindes. Häufig erleben sie jedoch, dass die Frauen wenig Bedürfnis nach Ruhe verspüren und schnell nach der Geburt wieder in den Alltag einsteigen wollen.

Ja, also ich behaupte schon, dass es auch an der frühen, heftigen Beanspruchung liegt, wenn die so am dritten Tag nach Hause gehen, dann irgendwie direkt schon durchstarten. [...] Ja, ich sage natürlich: Versucht euch zu schonen, legt euch viel hin, versucht im Liegen zu stillen. Mache das auch, also biete das auch an zu zeigen, aber erlebe, dass das nicht so gemacht wird oft, obwohl durchaus auch der Rückhalt da wäre.

Im diesem Zitat wird deutlich, dass die von der Hebamme empfohlene Ruhe zur Förderung des Heilungsprozesses nicht immer eingehalten wird. Um dem Ruhebedürfnis des Körpers gerecht zu werden, macht sie einfache Handlungsvorschläge. Trotz eines vorhandenen familiären Rückhalts wird ihr Rat jedoch oft nicht befolgt. Im Zusammenhang

mit der mangelnden Schonung gehen die Hebammen von einer veränderten postpartalen Lebenseinstellung aus.

Das heißt ja eigentlich Wochenbett, ja. Ich will das jetzt nicht nur aufs Liegen reduzieren. Sondern auf dieses "Heute durch Auto-Kindersitz" sind die ja immer unterwegs. Die müssen sich ja dann in Cafés treffen, wo es ja für die Kinder unruhig ist und solche Sachen, ja. Dass man da versucht, sie wieder ein bisschen runterzuholen.

Viele Hebammen haben kein Verständnis dafür, dass Frauen in der heutigen Zeit überall „präsent sein wollen“. Sie vermuten, dass Frauen oftmals die Belastung nach der Geburt durch den körperlichen Umstellungsprozess nicht wahrhaben wollen und die Situation unterschätzen. Eine Hebamme berichtet, dass sie Frauen erlebt hat, die bereits in der Wochenbettzeit auf dem „Trampolin springen oder joggen gehen“.

Die glauben das nicht. Und die denken wirklich, nein, ich/ das schaffe ich schon alles. Ich bin stark. Und irgendwann kommt dann so ein Punkt, wo sie (.) einknicken und sagen, oh.

Die Hebammen erleben auch, dass Frauen eher die Bedürfnisse andere Familienmitglieder anstatt ihre eigenen wahrnehmen und daher nicht zur Ruhe kommen. Sie bemerken, dass die Frauen „gerne alles alleine wuppen wollen“. Als Ursache für dieses Verhalten wird ein kulturelles Phänomen vermutet. Frauen dieser Generation wurden wenig bemuttert, sie müssen funktionieren, da Leistung und Anpassung im Vordergrund ihres Handelns stehen. Dabei rücken originäre Bedürfnisse wie „da liegen dürfen und sein dürfen und kuscheln“ in den Hintergrund.

Die Hebammen halten es daher für eine ihrer wesentlichen Aufgaben, die Frauen über die Umstellungsprozesse im Wochenbett aufzuklären und sie an ihre Schonzeit zu erinnern. Um ihren Argumenten verstärkt Ausdruck zu verleihen, nutzen einige Hebammen gerne Metapher, wie „es heißt Wochenbett und nicht Wochenlauf“ oder „es heißt Wochenbett und nicht Tagesstuhl“. Eine andere Hebamme versucht über die gesetzlichen Regelungen die Frauen für diese Thematik zu sensibilisieren. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung bestand für Mutter und Kind ein Anspruch auf Hebammenhilfe bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt.

Ich sage immer, was glaubt ihr denn, warum die Krankenkasse Hausbesuche bis zu acht Woche zahlen? Da gucken sie immer wie so ein Auto. Tja, wahrscheinlich sollen wir zuhause bleiben. Ja. Das funktioniert aber in den wenigsten Fällen.

Eine weitere Hebamme präferiert in diesem Zusammenhang den Einbezug digitaler Medien.

Na, ich würde mir wünschen, dass in den Köpfen der Leute ist, ähnlich wie in der Schwangerschaft, wo inzwischen jede App dir sagt, was in dieser Woche auf dich zu/ was auf dich zukommt. [...] dass klar ist, dass zum Beispiel in den ersten 2 Wochen des Wochenbettes die Familie zu Hause ist. Keiner irgendwo in einem Einkaufszentrum rumspringt.

Den Hauptgrund für die Beschwerden im Wochenbett sehen die Hebammen mehrheitlich in der Rollenveränderung und einer damit einhergehenden Überlastung der Frauen. Sie erleben, dass nicht alle Mütter von Anfang an eine intensive Bindung zu ihrem Kind haben. Der Umgang mit der neuen Situation, dem Kind, dem Haushalt und mit dem Mann wird als komplex eingeschätzt. Hinzukommt, dass Frauen häufig kaum Vorstellungen davon haben, was es bedeutet Mutter zu sein, und sich zunächst orientieren müssen.

Das ist nicht nur die körperliche Anstrengung, sondern einfach auch diese Rollenveränderung. Diese Überlastungen, die sie oft mit den Kindern oder mit dem Kind und dem Partner dann haben. Weil sie selber jetzt erst mal in einer Orientierungsphase sind. Und daraus sich einfach so Rückenschmerzen entwickeln, so das klassische, da sitzt der Partner im Kreuz oder finanzielle Schwierigkeiten, wo sie sich dann Gedanken machen, dass das dann sie drückt irgendwie.

In diesem Zitat deutet die Hebamme die Manifestation psychischer Probleme in Form von somatischen Beschwerden im Rückenbereich an. Dabei verwendet sie Metapher wie „der Partner sitzt im Kreuz“ und „finanzielle Schwierigkeiten, die drücken“. Auch eine andere Hebamme vermutet hinter Rückenschmerzen häufig psychisch Ursachen.

Gesundheitliche Beschwerden nach der Geburt können im zeitlichen Verlauf aufgrund weiterer Belastungen, wie Schlafmangel, extremes Stillverhalten sowie eine grundlegende Überlastung, zunehmen. Beispielhaft erwähnt eine Interviewpartnerin die Situation, in der Kinder monatelang sehr häufig und auch nachts gestillt werden und demzufolge die Frauen „körperlich und psychisch“ schnell „mit ihren Kräften am Ende sind“. Auch eine in diesem Zusammenhang geschilderte fehlende Unterstützung durch den Partner oder die Familie führen zu erheblichen Erschöpfungszuständen der Stillenden.

Weiter sehen Hebammen auch einen Zusammenhang zwischen dem Geburtserleben und dem gesundheitlichen Wohlbefinden. Unabhängig vom Geburtsmodus beschreibt die folgende Textpassage die Auswirkung der Geburtserfahrung auf den Gesundheitszustand einer Frau:

Wenn die Frau eine gute Geburt hatte, wenn sie durch die Geburt in ihrem Selbstvertrauen gestärkt wurde, dann sind die meisten gesund. Ist sie aber angeschlagen, wurde ihr irgendwas über den Kopf gestülpt und sie konnte nicht mitentscheiden, ist irgendwas passiert, wo sie keine Macht hatte, wo sie Todesängste hatte? Dann erlebe ich sie fast schon sehr krank.

Das Gefühl einer fehlenden Selbstbestimmung und eines Machtmissbrauchs während der Geburt wirkt sich nach Einschätzung der Interviewpartnerin negativ auf das mütterliche Wohlbefinden aus. An anderer Stelle spricht sie über das Wochenbett als eine „ganz besondere Zeit“, „in der viele Veränderungen möglich sind“ und sieht somit die Chance, durch eine gute Betreuung vieles aufzuarbeiten. Eine andere Hebamme beschreibt die Frauen im Wochenbett als „verletzt“. Dabei bezieht sie sich insbesondere auf Frauen, die bei der Geburt einen Dammschnitt oder eine Rissverletzung erlitten haben. Auf solche Verletzungen sind Frauen nicht vorbereitet, was zu psychischen Problemen führen kann. Wichtig ist ihr, dies aktiv anzusprechen, da sie das Gefühl hat, dass Frauen solche Dinge nicht von selber ansprechen: *„dieser Anspruch von der glücklichen Mutter, die da alles geregelt kriegt, der herrscht schon vor.“*

Neben körperlichen und psychischen Phänomenen werden von den Hebammen auch Determinanten der sozialen Gesundheit wahrgenommen. So antwortet eine Interviewpartnerin auf die Frage, ob die Frauen gesundheitliche Probleme im Wochenbett haben:

Jetzt gesundheitlich im Sinne von infolge von Schwangerschaft und Geburt? [I: Mhm (zustimmend)] Wenig eigentlich; muss ich sagen. Also hier sowieso viel weniger, aber die Frauen, die hier sind, haben sowieso einen besseren Gesundheitszustand, insgesamt; ne. [...] Und die anderen haben eh auch einen schlechteren Gesundheitszustand, oft; ne. [...] Zum Beispiel (Stadtbezirk C) oder, oder; ne. Ich meine: Du siehst es ja aber auch bei denen, was da im Küchenschrank an Essen steht; oder so was, ne.

Dieses Zitat belegt die auftretende Verständnisproblematik im Zusammenhang mit der Frage zur Gesundheit im Wochenbett. Weiter erlebt die Hebamme offenbar in zwei Stadtteilen verschiedene gesundheitliche Zustände der Frauen. In dem Stadtteil mit der vergleichsweise höheren sozialen Belastung nimmt sie den gesundheitlichen Zustand als schlechter wahr. Ihre Einschätzung des Ernährungsverhaltens anhand des Kühlschranksinhalts lässt einen präventiven Blick auf den Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit erkennen. Zum Kontext der sozialen Gesundheit gehört laut den Hebammen auch die familiäre Konstellation. Als positiver Einflussparameter wird ein ausreichender Rückhalt durch die Familie bewertet. Als problematisch dagegen sehen die Hebammen beispielsweise einen Besuch der Mutter aus Spanien im Frühwochenbett, eine negative Entwicklung in der Partnerschaft sowie eine fehlende Unterstützung beim Stillen.

Zwischen Annehmen und Aushalten der Beschwerden

Werden die Interviewteilnehmerinnen auf aktuelle Forschungserkenntnisse zum postpartalen mütterlichen Wohlbefinden hingewiesen, äußern sie verschiedene Vermutungen, warum Frauen ihre gesundheitlichen Probleme nicht wahrnehmen bzw. keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Die vermuteten Gründe reichen von einem *Annehmen* bis zu einem *Aushalten* der Beschwerden. Eine Hebamme argumentiert, dass die Frauen meist wissen, woher die Schmerzen kommen; beispielsweise werden Rückenschmerzen auf das andauernde Herumtragen des Kindes zurückgeführt. Viele Hebammen vermuten eine fatalistische Grundstimmung bei den Frauen, dass man an dem Zustand nichts ändern kann und demzufolge die Beschwerden einfach ausgehalten werden müssen. Da die körperliche Belastung mit dem Kind im Verlauf des ersten Lebensjahres nicht weniger wird, ist es für die Hebamme nachvollziehbar, dass viele Frauen über einen längeren Zeitraum von Beschwerden berichten. Eine andere Hebamme geht davon aus, dass die Frauen die Beschwerdesituation von Freundinnen kennen. In vielen Fällen nehmen Frauen alles als „*Zustand nach der Geburt*“ wahr, der einfach dazugehört. Darüber hinaus verschieben sich auch die Wahrnehmung und die Prioritäten der Frauen.

Also zum Beispiel eine, wo ich erst beim zweiten Besuch mir die Naht angeguckt habe, die hatte da so einen dicken Hammer von Hämorrhoiden, da hat die aber nichts von gesagt. Und die Naht war auch noch ziemlich geschwollen und so. (...) Sie hat aber nicht gelitten, jedenfalls hat sie es nicht geäußert.

Die Hebamme geht weiterführend davon aus, dass die Leidensfähigkeit der Frau nach der Geburt im Verhältnis zu anderen Lebensphasen erhöht ist. Wenn die Geburt einmal überstanden ist, werden nachfolgende Schmerzen als weniger schlimm empfunden und *angenommen*. Dies gilt besonders für Frauen, die ihr Kind ohne eine Periduralanästhesie geboren haben.

Eine Interviewteilnehmerin erlebt sehr viele Frauen mit Rückenschmerzen und vermutet, dass die Beschwerden bereits vor der Schwangerschaft bestanden und zwischenzeitlich unterdrückt wurden. Erst bei körperlicher Beanspruchung, beispielsweise in einem Rückbildungskurs, stellen die Frauen fest, dass der Körper nicht funktioniert. Eine Hebamme merkt an, dass im Rahmen von Kursen nur Beschwerden zur Sprache kommen, über die die Frauen bereit sind zu erzählen.

4.4.2 Handlungsansätze zur Unterstützung der mütterlichen Gesundheit

Nachfolgend werden verschiedene Handlungsansätze zur Unterstützung der mütterlichen Gesundheit aufgezeigt. Diese können in Beobachtung und Einschätzung der mütterlichen Gesundheit, Behandlung von gesundheitlichen Problemen sowie langfristige, über das Wochenbett hinausreichende Handlungsansätze kategorisiert werden.

Beobachtung und Einschätzung

Eine der Hauptaufgaben der Hebammen ist die Beobachtung und Einschätzung des gesundheitlichen Wohlbefindens der Mutter. Von den Hebammen werden dabei folgende Aspekte berücksichtigt:

- Reaktion der Mutter auf die Frage nach dem Befinden
- Beachtung von Sorgen und Ängsten, die geäußert werden
- Beobachtung von Körperhaltung und -bewegung
- Einschätzung der Artikulation, z.B. fehlende Beendigung von Sätzen
- Einschätzung des Aussehens, z.B. angespannter Gesichtsausdruck aufgrund von Schmerzen
- körperliche Untersuchung

Eine körperliche Untersuchung wird von den meisten Hebammen am ersten Tag, später dann je nach Befund durchgeführt. Bei Auffälligkeiten finden die Untersuchungen regelmäßiger statt, ansonsten nur in größeren Abständen. Eine Hebamme mit relativ wenig Berufserfahrung untersucht die Frauen täglich:

[...] also die körperliche Untersuchung, die mache ich auch noch lange, also bis zum zehnten Tag so, wie hat sich die Gebärmutter zurückgebildet, wie geht es dir insgesamt, ist ja schon eine wichtige [...] Frage [...] da äußern die ja schon ganz viel, und dann halt auch so: Wie ist deine Blutung, wie ist es mit dem Milcheinschuss jetzt gewesen? Hattest du Temperatur? So, und wenn die irgendwas äußern von Kopfschmerzen oder so, dann messe ich denen eh den Blutdruck.

Weiter gehört das Erkennen von psychischen Problemen durch genaue Beobachtung der Frau zum Aufgabenbereich der Hebamme. Hinweise für psychische Auffälligkeiten sind beispielsweise Appetitlosigkeit der Frau, übermäßiges Weinen, Auffälligkeiten in der Anamnese, Teilnahmslosigkeit sowie eine fehlende Beziehung oder keine Freude am Kind. Manche Hebammen beschreiben ein subjektives Gefühl, dass etwas nicht Ordnung ist:

Also, ich habe immer so, oder ich mache das immer daran fest, wenn ich so das Gefühl habe (.) die kommen so gar nicht wieder in den Alltag. Also dass die am Anfang nicht in den Alltag kommen, finde ich sogar gut, aber wenn das so eben nach 14 Tagen immer noch so alles ganz schwierig ist oder ohne Mann, Mutter und ich weiß nicht was nicht geht, dann finde ich, kann man da nochmal nachfragen.

Auch eine andere Hebamme beschreibt ein eher diffuses Gefühl. Sie kann solche Fälle nicht loslassen und verabredet zusätzliche Hausbesuchstermine in größeren Abständen, wenn eine Frau *„keine Freude an ihrem Kind hat, alles hinterfragt“* oder auch *„wenn Kinder, trotz einer körperlich guten Entwicklung unglücklich wirken oder nicht gesehen werden“*. Die fehlenden Kenntnisse im Umgang mit psychischen Problemen werden interviewübergreifend als Herausforderung dargestellt.

[...] also ich finde psychische Erkrankungen viel anstrengender und sind eine Herausforderung viel mehr als die physischen Sachen, weil da sind wir ja eigentlich auch nicht für ausgebildet.

Dazu passt, dass die Hebammen Assessment-Instrumente, wie den Fragebogen zur Einschätzung einer postpartalen Depression (EPDS) unterschiedlich nutzen. Während dieser von einigen Hebammen verwendet wird, gibt eine Hebamme an, dieses Instrument nicht zu kennen. Eine andere Hebamme steckt den Fragebogen bei Auffälligkeiten auch schon mal in ihre Hausbesuchstasche, benutzt ihn nach einem ausführlichen Gespräch mit der Frau und ihrem Mann dann letztendlich doch nicht. Sie begründet dieses Verhalten damit, die Frau *„nicht stigmatisieren“* zu wollen. Eine weitere Interviewteilnehmerin hat das Gefühl, Frauen würden heutzutage mit Fragebögen überhäuft. Sie ist davon überzeugt, dass sie eine Depression auch ohne ein Assessment-Instrument erkennt.

Um das gesundheitliche Wohlbefinden richtig einschätzen zu können und zu erkennen, ob sich hinter somatischen Beschwerden psychische Probleme verbergen, ist es für einige Hebammen wichtig, dass Frauen offen über ihre Probleme sprechen. Die Basis für das vertrauensvolle Miteinander bieten Vorbereitungsgespräche in der Schwangerschaft:

[...] dass ich versuche, eben da auch schon in der Schwangerschaft zu sagen ,es kann sein, dass du nach der Geburt so richtig in ein Loch fällst und es kann sein, dass du da auch mit keinem darüber reden willst, das kann ich verstehen. Aber es ist wichtig, dass du mit mir darüber redest.‘ [...] Weil ich bin sozusagen die Ansprechpartnerin dafür und es ist nicht normal, dass man nach der Geburt wochenlang irgendwie sich schlecht fühlt.

Ein frühzeitiger Kontaktaufbau in der Schwangerschaft und eine kontinuierliche Beziehung mit der Frau erleichtert die Einschätzung pathologischer Verläufe. Weil die Frauen

in der Schwangerschaft in einem anderen Zustand erlebt werden, lassen sich Abweichungen im Wochenbett besser feststellen.

Und das ist natürlich leichter heraus zu kristallisieren, wenn man die Paare schon kennt. Schwieriger, wenn man erst hinterher dazu kommt.

Aus den Interviews lassen sich verschiedene Herangehensweisen bei der Einschätzung der mütterlichen Gesundheit ableiten. Diese reichen von einem proaktiven Erfragen von Beschwerden bis hin zu einem Reagieren auf Beschwerden. Hebammen mit einer reaktiven Herangehensweise gehen davon aus, dass Frauen ihre Beschwerden von sich aus berichten. Äußert eine Frau Kopfschmerzen, werden die verschiedenen potenziellen Ursachen wie ein Lochialstau oder andere körperliche Phänomene, Wetterfühligkeit und Schlafmangel, geprüft.

Eine Hebamme, die erlebt, dass die Frauen von selber über Beschwerden berichten, macht gute Erfahrungen mit eher allgemein gestellten Fragen: „*Geht es dir gut? Gibt es etwas, was du mit mir besprechen möchtest?*“ Mitunter fragt sie aber auch gezielt nach:

Dann kommt halt auch erstmal sämtliche/ mein Fragenkatalog. Ob sie auf Toilette war, ob sie mal zur Toilette gehen kann. Wann sie das letzte Mal Stuhlgang hatte, wie die Blutung ist, ob ihr irgendein Geruch aufgefallen ist. Dann komme ich natürlich schon mit solchen Fragen.

Andere Hebammen erfragen gesundheitliche Beschwerden, ohne dass Frauen diese explizit ansprechen. Die Fragen zum Gesundheitsstand erfolgen je nach Hebamme täglich oder nur ein- bis zweimal pro Woche.

Beschwerden? Kreislauf, Kopfschmerzen, Wundheilungsstörung, Lochialstau, schmerzhaftes Gebärmutter, schmerzhaftes Brüste irgend so etwas. Das sind ja die Dinge, die ich sowieso jeden Tag erfrage und anschau und überprüfe und dann hab ich das gleich und dann geht's. [...].

Die Herausforderung bei der Einschätzung der mütterlichen Gesundheit sehen einige Hebammen darin, die gesundheitlichen Beschwerden einerseits rechtzeitig zu erkennen, aber andererseits durch Fragen nach der Gesundheit keine Probleme heraufzubeschwören. Eine Hebamme spricht in diesem Zusammenhang davon, keine „*schlafenden Hunde zu wecken*“. Einige Hebammen sehen das Thematisieren gesundheitlicher Problematiken im Betreuungsprozess kritisch, da Frauen durch die Angabe von nichtexistenten Problemen auch eine Wertsteigerung empfinden können.

Ja. (...) wenn man, ich könnte mir vorstellen, wenn man es ständig immer wieder thematisiert, ja, dann gehört das für die wohl dazu, dass man so was hat und

vielleicht ist der Fokus auch mehr darauf, weil die sich mehr in Gruppen treffen und sich da austauschen.

Die befragte Hebamme vermutet einen gewissen Gruppendruck, dem die Frauen sich nicht entziehen können und sich so möglicherweise über nicht vorhandene Probleme Aufmerksamkeit verschaffen.

Ein wiederholter Beratungsbedarf ergibt sich laut vieler Hebammen aus der Tatsache, dass Wöchnerinnen aufgrund von Schlafmangel und Umstellungsprozessen über eine reduzierte Aufnahmefähigkeit verfügen und öfter Beratungsinhalte vergessen.

Dass man das Gefühl hat, man hat die Frauen wirklich gut irgendwie vorbereitet. Egal ob jetzt mit Kurs oder ohne, hat Ihnen alles Mögliche erzählt und dann kannst du aber bei diesem Wochenbettbesuch doch nochmal von vorne anfangen.

Die reduzierte Aufnahmefähigkeit nimmt eine Hebamme zum Anlass, Tipps und beratende Informationen schriftlich zu fixieren und den Frauen auszuhändigen. Diese Strategie hat sich ihrer Meinung nach gut bewährt.

Mitunter treten regionale Besonderheiten auf. Eine in einem Schilddrüsen-Endemie-Gebiet praktizierende Hebamme beobachtet häufig Symptome einer Schilddrüsen-Unterfunktion. Da sie immer wieder mit problematischen Stillverläufen, wie einem Milchstau konfrontiert wird, richtet sie ihr Augenmerk besonders auf den Einfluss hormoneller Störungen auf die Brust.

Behandlung von gesundheitlichen Problemen

Die Hebammen verfügen über ausreichende Kompetenzen, um regelmäßig auftretende Beschwerden, wie Milchstau, verzögerte Rückbildung der Gebärmutter, Probleme im Beckenbodenbereich und weitere Beschwerden in der Regel erfolgreich behandeln zu können.

Eine Gebärmutter kann mal bisschen verzögert sich zurückbilden. Dann guck ich mir das einen Tag an und dann guck ich mir das noch einmal einen Tag an und gebe ihr dann vielleicht auch Globuli und Frauenmanteltee, zeig ihr Rückbildungsübungen, mache ihr eine Wärmflasche auf den Bauch.

Neben einer umfassenden Beobachtung benutzt die zitierte Hebamme zur Verbesserung der Rückbildung verschiedene komplementärmedizinische Methoden aus den Bereichen Homöopathie, Phytotherapie und physikalische Therapie. Auch die Behandlung eines Milchstaus – neben Schlafmangel ein sehr häufiges mütterliches gesundheitliches Problem – erfolgt mehrheitlich zunächst mit physikalischen Maßnahmen, wie Wärme- und

Kälteanwendungen, unterschiedliche Stillpositionen und ein gründliches Entleeren der Brust. In Ergänzung zu diesen pflegerisch-therapeutischen Maßnahmen wenden Hebammen mit entsprechender Fortbildung auch komplementärmedizinische Methoden an.

Bei größeren Problemen im Wochenbettverlauf ist eine Erhöhung der Besuchsfrequenz von großer Bedeutung. Den Hebammen ist es wichtig, sich vor Ort einen Überblick zu verschaffen, anstatt sich beispielsweise auf eine telefonische Beratung einzulassen. Tritt trotz therapeutischer Maßnahmen bei ernsthaften Beschwerden, wie Fieber, keine Verbesserung ein, wird die Frau in der Regel weiter verwiesen.

Und wenn es dann aber nach 24 Stunden nicht besser ist, dann lasse ich da beim Arzt mit Ultraschall gucken, gibt es da ein Stau, gibt es da ein Problem.

Eine Weiterleitung der Frau an die ärztliche Berufsgruppe erfolgt in Abhängigkeit vom Befund, den therapeutischen Möglichkeiten der Hebamme und dem zeitlichen Auftreten der Beschwerden.

[...] wenn die Rückbildung für mich pathologisch ist und ich mit Homöopathie und all meinen Sachen, die ich beherrsche - zum Beispiel (..) Unregelmäßigkeiten im Wochenfluss habe, wenn die Rückbildung eben nicht von statten geht, wenn es ihr schlecht geht. Oder wenn Brustsoor auftritt und man wirklich Antibiotika letztendlich braucht, oder wenn die Frau irgendwann/ also es gibt ja Situationen, dass die Brust so weh tut beim Stillen, dass all meine Hebammenkunst und der Wille zum Stillen nicht mehr da ist, dass man abstillen muss und Medikamente braucht. Wenn eine Sectio-Narbe nicht heilt und da nochmal nachgeschaut werden muss, oder vielleicht auch per Ultraschall geguckt werden muss, haben wir noch ein Hämatom, haben wir irgendwie, ja (...).

Zur Abklärung eines Befundes oder bei auftretenden Unsicherheiten empfehlen Hebammen mitunter auch einen Klinikbesuch.

Eine Hebamme erlebt, dass bei Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern häufig Unsicherheiten bezüglich der Verordnung von Arzneimitteln in der Stillzeit bestehen. Daher macht sie die Frauen auf das Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie aufmerksam und empfiehlt, sich die App des Institutes auf ihr Smartphone zu laden. Damit haben Frauen die Möglichkeit, sich bei Unsicherheiten bezüglich der Medikamenteneinnahme selbst zu informieren und gemeinsam mit den Fachleuten ihre Behandlung zu planen. Bei somatischen Problemen, wie extremen Verspannungen der Frauen nach der Geburt oder während der Stillzeit, wird ein Besuch bei einer Physiotherapeutin/einem Physiotherapeuten oder einer Osteopathin / einem Osteopathen empfohlen. Aufgrund des meist notwendigen Rezeptes für die Behandlung setzt jedoch auch dieser Besuch in der Regel das vorherige Aufsuchen einer Arztpraxis voraus. Bei weni-

ger dringenden Problematiken kontaktieren Hebammen oft auch Kolleginnen und bitten sie um Rat. Hierfür bildet ein gut ausgebautes berufliches Netzwerk eine wesentliche Grundlage (vgl. Kapitel 4.6.2).

Beschwerden von körperlichen Problemen sind nicht nur besser einzuschätzen als psychische Auffälligkeiten, sondern auch leichter zu behandeln.

Natürlich ist/ sind körperliche Beschwerden einfacher zu therapieren, oder. Entweder bewegst du dein Bein nicht, wenn es wehtut oder trainierst deinen Beckenboden, währenddessen so diese psychischen Belastungen [...] die wirkt ja körperlich gesund (...). Ich finde es dramatischer, weil da mehr dran hängt. So die ganze Familie, das Kind, der Umgang mit dem Kind.[...].

Ein großes Problem sieht eine Hebamme darin, dass ihr Informationen fehlen, an wen sie eine Frau mit psychischen Auffälligkeiten weiterleiten kann.

Und da bleibt mir eigentlich in den meisten Fällen eigentlich nur ein, ja eine Beratung oder ein Ausweg indem ich sage, wie kann man diese Frau vernetzen oder wo kann man sie jetzt weiter hinschicken? Ich kann ihr nicht mehr helfen.

Das Zitat spiegelt die Machtlosigkeit dieser Hebamme wider, die in den meisten Fällen Frauen mit psychischen Problemen „nicht mehr helfen“ kann.

Äußern Frauen schmerzhaft Beschwerden, lassen sich unterschiedliche Handlungsansätze bei den Hebammen erkennen.

[...] wenn ich da bin und die Kinder sind wach, dann sage ich "leg' ruhig an". Ja. Dass ich das auch sehen kann und da sieht man oft schon, dass die völlig verkrampft sitzen. Nicht entspannt sitzen oder wenn der Wickeltisch viel zu hoch oder viel zu niedrig ist, dann sage ich auch, da muss drauf geachtet werden. Ja, solche Sachen.

Der Hebamme versucht in dieser Betreuungssituation zu eruieren, woher die Rückenschmerzen der Frau stammen und sie zugleich über ein rückschonenderes Verhalten aufzuklären. Weiterhin analysieren Hebammen die Charakteristik der Schmerzen durch gezieltes Nachfragen. Dabei werden u.a. die Lokalisation, das zeitliche Auftreten, die Art des Schmerzes sowie das Auftreten in bestimmten Zusammenhängen erfragt:

Ich frage schon genau. Wo hast du die Schmerzen, wann besonders treten diese Schmerzen auf? Ist das ein Dauerschmerz? Ist sie mit Medikamenten wegzukriegen, ist dieser Schmerz wegzukriegen oder hast du das Gefühl, da passiert nichts, auch wenn du irgendwie mal eine Ibuprofen nimmst oder so. Oder wenn mal eine Entlastung ist. Überlege mal, in der letzten Zeit. Wenn du mittags geschlafen hast, hast du dann genauso Rückenschmerzen, oder?

Die Hebamme versucht möglichst detailliert und unvoreingenommen die Art des Schmerzes zu diagnostizieren und motiviert die Frauen dazu, mehr auf ihren Körper achten:

Wenn sie Wassereinlagerung, dass ich dann nicht sage ‚ach, das ist normal‘. Sondern ich schaue halt immer noch, dass ich mehr Fragen stelle. Und die Frau auch so ein Stück weit eigentlich dahin führe, dass sie viel besser nochmal in sich hinein hört. Wann es besonders auftritt, ob es ein Dauerzustand ist und danach schätze ich eigentlich auch ein.

Viele Hebammen sehen ein Problem in einem mangelnden Körperbewusstsein und Selbstvertrauen der Frauen. Sie motivieren die Frauen, Signale des Körpers wahrzunehmen und bestärken sie darin ihre Situation eigenständig zu bewältigen.

Weiterhin angesprochen wird ein fehlendes Feedback über das langfristige gesundheitliche Outcome der Frauen. Betreuen Hebammen die Frauen nicht nach einer erneuten Schwangerschaft, haben sie in der Regel keine Informationen darüber, wie es den Frauen langfristig gesundheitlich ergeht. Auch bei Frauen mit psychischen Auffälligkeiten, die von den Hebammen weitergeleitet wurden, fehlen Informationen über den weiteren Verlauf. Wird eine Frau aufgrund einer psychischen Erkrankung behandelt oder in eine Klinik eingewiesen, ist es unüblich, der Hebamme die Diagnose- und Behandlungsinformationen zukommen zu lassen: „Ja, sie ist dann in die Klinik gekommen. Aber dann weiß ich auch nicht/.“

Gesundheitliche Versorgung nach der achten Woche post partum

Grundsätzlich sehen die Hebammen ihren Versorgungsauftrag nach acht Wochen beendet. Es wird erwartet, dass die Frauen sich melden, wenn sie weitere Unterstützung benötigen. Werden Hebammen nach Ablauf der acht Wochen von den Frauen kontaktiert, haben sie häufig Fragen zum Kind und zum Thema Stillen. Besonders häufig treten Fragen zur Planung und zum Zeitmanagement rund um das Thema Abstillen auf. Einige Hebammen erleben jedoch, dass sich Frauen auch noch mit eigenen gesundheitlichen Beschwerden melden. Mitunter erfahren Hebammen aber auch erst bei der Betreuung eines weiteren Kindes von Problemen, die nach der Wochenbettzeit und nach dem Ende der Rückbildungsgymnastik auftraten.

[...] Und sie melden sich dann wieder, wenn sie meine Hilfe noch mal brauchen. Wobei ich jetzt, beim zweiten Kind, immer mal wieder Frauen habe, die dann sagen: Ich hatte beim ersten Kind lange noch Probleme mit Urin halten. Ich wusste gar nicht, an wen ich mich wenden sollte. Das ist dann, kommt dann so beim zweiten Kind irgendwie dann erst mal wieder.

Diese Hebamme reflektiert in der sich anschließenden Textstelle, dass sie die Frauen im Betreuungsverlauf beispielsweise nach Harninkontinenzproblemen befragt, sie aber nicht explizit darauf hinweist, dass diese bei auftretenden Problemen auch später nach Abschluss der Wochenbettzeit noch melden können. Eine weitere Hebamme evaluiert das Wohlbefinden an der Rückmeldung der Frauen in einem anderen Kontext:

Also dass es ihnen gut geht - das denke ich schon, denn sonst würden sie ja nicht sich wieder melden. Sonst würden sie ja nicht kommen, und würden zwischen- durch, oder würden nicht zum Babytreff kommen; oder solche Sachen.

Bieten die Hebammen nach dem Abschluss der Wochenbettbetreuung Kurse, wie Rückbildungskurse und Babyschwimmen, an, können sie die Frauen über einen längeren Zeitraum begleiten. Im Rahmen der Kurse ergibt sich die Gelegenheit, die betreuten Frauen noch einmal zu treffen und sich nach ihrem Wohlbefinden zu erkundigen.

Oft wird ein Beratungstermin zur Beikost-Einführung genutzt, um das mütterliche Wohlbefinden zu erfragen. Ein Kontakt nach vier bis fünfeinhalb Monaten post partum wird als wichtig empfunden, um zu erfahren wie es den Frauen geht. Eine Hebamme unterstützt es, dass Frauen bei Problemen auch zu einem späteren Zeitpunkt anrufen. Wenn sie die Betreuung nach acht Wochen beendet, hat sie oft das Gefühl, dass die Umstellungsprozesse noch nicht komplett abgeschlossen sind. Sie motiviert die Frauen, nicht mit den Rückbildungsübungen aufzuhören. Nach Meinung dieser Hebamme gibt es Frauen, die für eine gute Rückbildung größere Anstrengungen unternehmen müssen als andere.

Andere Hebammen fühlen sich dagegen nicht mehr zuständig, wenn sich eine Frau beispielsweise nach acht Wochen wegen Rückenproblemen meldet. Zur weiteren Behandlung wird die Frau an die Vertreter der zuständigen Gesundheitsberufe verwiesen. Eine weitere Hebamme bleibt mit den Frauen in Kontakt, stellt aber ihre Besuche ein. Es kommt auch vor, dass eine Hebamme sich nicht sicher ist, welche Empfehlungen sie der Frau geben kann.

Die Frage ist, was könnte ich der Frau Gutes tun, wenn die mich nach einem Dreivierteljahr anruft wegen Rückenbeschwerden? Würde ich sagen, ja, mach mal das und das und das, ne? Ich verabschiede mich natürlich von der Frau und sage, alles was Stillen angeht, wenn du da noch Fragen hast, bin ich jederzeit für dich da, kannst du dich bei mir melden. [...] aber im Prinzip signalisiere ich der Frau, ich bin noch für das Stillen da. Und wahrscheinlich damit auch nicht für deine anderen Probleme, oder?

Für die hier zitierte Hebamme endet der eigentliche Betreuungsauftrag entsprechend der gesetzlich vorgegebenen Vereinbarung. Nach dem Ablauf von acht Wochen sieht sie ihre weitere Aufgabe, lediglich in der Unterstützung von Mutter und Kind beim Stillen. Das Angebot, dass die Frau die Hebamme bei Fragen zum Stillen „jederzeit“ anrufen kann, suggeriert eine umfassende Verfügbarkeit. In der hier zitierten Textpassage wird ebenfalls deutlich, dass sie sich nach einer bestimmten Zeit fachlich für bestimmte Beschwerden nicht mehr zuständig fühlt.

4.4.3 Gesundheit der Kinder

Mehrheitlich wird aus Hebammenperspektive ein Zusammenhang zwischen dem Zustand der Frau und dem Zustand des Kindes beobachtet. Nachfolgend werden die Sichtweisen der Hebammen auf die postnatale Gesundheit des Kindes sowie Handlungsansätze zur Unterstützung der kindlichen Gesundheit dargestellt.

Neugeborene Kinder und Säuglinge werden von den Hebammen in der postnatalen Phase und zeitlich darüber hinaus zunächst einmal als gesund eingeschätzt.

Also selbst, wenn sie jetzt viel schreien oder so mal, erlebe ich die eigentlich als vital und gesund, ja. Aber klar, man guckt natürlich auch immer hin, ob nicht doch irgendwie was ist, was nicht vielleicht ganz gesund ist, aber die meistens sind gesund, klar, ja.

Während die meisten der befragten Hebammen einschätzen, selten Kinder mit gesundheitlichen Problemen zu erleben, schätzt eine der Interviewpartnerinnen die Neugeborenen und Säuglinge im Wochenbett eher als krank ein. Vordergründig bezieht sie sich dabei auf die Tatsache, dass sie sehr häufig Kinder mit extremen Verspannungen erlebt. Die von anderen Hebammen eher im kleinen Umfang genannten gesundheitlichen Probleme oder „Unpässlichkeiten“ der Kinder, die wiederholt auch ein Grund für Besuche und telefonische Beratungen nach der regulären Wochenbettzeit sind, werden in der nachfolgenden Tabelle 10 aufgezeigt.

Gesundheitliche Probleme der Kinder
extrem unruhige Kinder anhaltendes Weinen bzw. Schreien schlechter Schlafzyklus gestörtes Trinkverhalten mangelnde Gewichtszunahme Wundsein im Windelbereich, Soor Fieber / Hypothermie Blähungen Verspannung KISS-Syndrom Nabelentzündung Neugeborenen-Ikterus Neugeborenen-Akne Hüftdysplasie Fußfehlstellung

Tabelle 10: Gesundheitliche Probleme der Kinder aus Hebammenperspektive

Der Krankheitswert der gesundheitlichen Probleme beim Kind wird von Hebammen und Eltern unterschiedlich eingeschätzt. Nach Meinung der Hebammen nehmen Mütter und Eltern ihre Kinder im Wochenbett oft unberechtigt als nicht gesund wahr und sehen nicht vorhandene Schwierigkeiten. Eltern bewerten beispielsweise Kinder mit einer Neugeborenen-Akne anders als die Hebammen als krank.

Das Kind hat so einen Hautausschlag was mache ich jetzt? Mein Kinderarzt sagt das und das, aber irgendwie hilft das nicht?

Auch ein Blutschwämmchen beim Kind ist für Eltern „ein großes Thema“, während dies für eine Hebamme „erstmal nur eine optische Sache ist“. Weiterhin gibt es Unsicherheiten bei der Umstellung von Muttermilch auf Ersatznahrung, bezüglich der Gewichtszunahme des Kindes sowie im Hinblick auf die Frage, ob ein Kind ausreichend satt wird. Nach Meinung vieler Hebammen sind unruhige Kinder das die Eltern am meisten verunsichernde Thema im Wochenbett.

Ja. Dass die Eltern doch immer schnell überfordert sind mit ihrem unruhigen Kind und darum geht es ja dann noch hunderttausend Mal bei jedem Wochenbettbesuch. Also nicht bei allen, aber bei vielen, finde ich doch sehr auffällig.

Mehrheitlich wird argumentiert, dass viele Fragen der Eltern durch Unsicherheit und Überforderung im Umgang mit dem Kind entstehen. Unsicherheiten werden insbesondere dadurch hervorgerufen, dass die Eltern nicht verstehen, was das Kind will: „Wenn es schreit, dann muss ja auch irgendwas sein und warum schreit es denn?“

Eine Hebamme nimmt an, dass Verspannungen bei den Kindern im Zusammenhang mit einer interventionsreichen Geburt, beispielsweise durch einen Kaiserschnitt, durch eine vaginal-operative Geburt, durch Geburten mit Kristeller-Handgriff oder mit sehr langen Geburtsverläufen stehen. Auch das psychische Wohlbefinden der Kinder sowie deren unterschiedliche Charaktere und Anpassungspotentiale werden von den Hebammen beurteilt.

Es gibt Kinder da hat man den/ in den ersten 8 - 10 Tagen das Gefühl, die sind immer noch halb im Himmel und noch gar nicht richtig angekommen. Und andere die gucken einen schon am 3. / 4. Tag mit solchen Augen an. Da weiß man genau, das Kind/ dieses Kind wird nie verhungern. Also, (Lachen) da spricht so richtig der Überlebensinstinkt aus den Kindern raus.

Individuelle schwerwiegende Erkrankungen kommen dagegen sehr selten vor. Zu den von den Hebammen angegeben Erkrankungen gehören ein Nierenstau, eine vorher nicht bekannte Fehlbildung der Harnwege, Keuchhusten, eine respiratorische Virusinfektion, ein Kephalhämatom und eine Krebserkrankung. Auch Krankheiten, die bereits vor der Geburt bekannt waren, werden thematisiert.

4.4.4 Handlungsansätze zur Unterstützung der kindlichen Gesundheit

Das Verständnis der Hebammen zur kindlichen Gesundheit hat sich im Verlauf der Zeit geändert. Wurden früher unruhige Kinder schnell als *Blähkinder* beurteilt, gehen die Hebammen heute auch von anderen Ursachen und körperlichen Zusammenhängen aus. Ist das Kind sehr unruhig, weint viel und zeigt Auffälligkeiten in seiner Haltung, versuchen die Hebammen beispielsweise durch Lageveränderungen eine Besserung zu erzielen. Die Hebammen beobachten bestimmte Körperhaltungen, wie eine Lieblingsseite, auf der ein Kind bevorzugt liegt. Um einen umfassenden Eindruck vom Kind zu bekommen, nutzen viele Hebammen die Gelegenheit, das Kind beim Wickeln oder Wiegen selber an- oder auszuziehen. Dadurch erkennen sie, ob die Entwicklung normal verläuft.

Manchmal ist es so, dass die Kinder wirklich so verspannt sind, dass ich nach drei Wochen denke: Das geht gar nicht. Deswegen, ich ziehe die alle an.

Die Hebamme beschreibt weiterführend, woran sie ein Kind mit Verspannungen erkennt

[...] wenn die also so sind, und die Arme schon so haben, und die Däumchen da drin haben - weiß ich schon: Da passiert was.

Ihre Aussage wird mit erklärenden Gesten begleitet, die zeigen, wie die Arme des Kindes eng am Körper anliegen und die Hand zur Faust mit eingeschlagenem Daumen geballt ist. Weiterführend beschreibt sie einen wiederkehrenden Kreislauf, der ihrer Mei-

nung auf Verspannungen beruht. Die Kinder trinken aufgrund der besseren Körperhaltung nur noch auf einer Seite an der Brust, sie trinken sich nicht satt, schlafen nicht richtig, weinen viel, schreien beim Stillen und verspannen sich dadurch noch mehr.

Die Behandlung eines unruhigen Kindes ist trotz verschiedener Ursachen oft ähnlich. Grundlegende Empfehlungen beinhalten Reizabschirmung, Bewegung, Tragen oder Schaukeln. Saugen in jeglicher Form beruhigt die Kinder ebenfalls. Nach Abklärung der Ursachen regt eine Hebamme an, die Kinder zur Beruhigung auch einmal zu stillen und wenn das Kind viel getragen wird, darauf zu achten, dass es richtig getragen wird. Ferner empfiehlt sie, das Kind zu pucken, das heißt es eng in ein Tuch einwickeln, um so das Einschlafen zu erleichtern. Ihrer Meinung nach ist Übermüdung ebenfalls eine Ursache für ein unruhiges Kind. Mit dem „Pucken“ der Kinder hat sie gute Erfahrungen gemacht. Schreit ein Kind scheinbar grundlos, überprüfen Hebammen auch die familiären Strukturen und fragen nach eventuellen Partnerschafts- oder anderen Problemen. Familiäre Probleme können sich im Verhalten des Kindes widerspiegeln, *„die schreien sich dann den Kummer von der Seele weil zuhause nichts stimmt“*. Die Hebammen versuchen den Eltern auch zu vermitteln, dass das Kind Struktur im Umgang benötigt.

Helfen alle Empfehlungen nicht, ein Kind zu beruhigen, überweisen die Hebammen die Familie oft an andere Berufsgruppen. Eine Hebamme empfiehlt einen Kinderarzt, der sich auf die Behandlung für *„schwierige Kinder“* spezialisiert hat. Auch komplementärmedizinische Maßnahmen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Während die Behandlung eines unruhigen Kindes durch Osteopathen heute von vielen Hebammen empfohlen wird, war diese Heilmethode vor einiger Zeit noch weitgehend unbekannt. Manchmal übernehmen die Krankenkassen die Hälfte der Kosten für alternative Behandlungsmethoden, oft jedoch müssen diese von den Eltern selbst bezahlt werden.

Bei der gesundheitlichen Versorgung der Kinder in der postnatalen Zeit ist der Zusammenhang zwischen dem Zustand der Eltern und der Verfassung ihres Kindes von großer Bedeutung.

Du siehst es immer irgendwo im Elternhaus: Du siehst immer irgendwie, das sind dann so borderleinige Mütter oder ein anstrengendes Familienverhältnis, oder irgendwie solche Sachen. [...] Oder so hyperaktive Tendenzen in den Familien auch. [...] Wenn du wirklich ganz entspannte Eltern hast, dann hast du eigentlich selten völlig unentspannte Kinder.

Die zitierte Interviewpartnerin verweist darauf, dass psychische Auffälligkeiten der Mutter sowie psychosoziale Probleme sich auf das Kind auswirken und bei unruhigen

Kindern berücksichtigt werden sollten. In diesem Zusammenhang stellt eine weitere Hebamme soziale Ungleichheiten bei der Häufigkeit des Auftretens von Erkrankungen bei den Kindern fest. Sie erlebt die Betreuung von Frauen und Kindern in einer Mutter-Kind-Einrichtung im starken Kontrast zum übrigen Klientel:

Die fahren regelmäßig in eine Rettungsstelle. Da ist immer irgendeine Katastrophe. [...] Das ist interessant, also diese Kinder mit diesen auffälligen Elternhäusern, gerade diese wirklich sozial sehr, sehr schwierigen, die sind oft krank, wirklich.

Die Gründe für das Aufsuchen einer Rettungsstelle sind teilweise lebensbedrohlich. Sie berichtet von Atemstillstand, Durchfall oder plötzliches Fieber mit Fieberkrämpfen. Auch wenn sie vormittags noch einen Wochenbettbesuch gemacht hat und alles in Ordnung war, verschlimmert sich der Zustand des Kindes im Tagesverlauf oft sehr schnell.

Auch die Ernährung der Mutter wirkt sich auf den Zustand des Kindes aus, wie eine Hebamme im Zusammenhang mit einem unruhigen Neugeborenen mit Neurodermatitis beschreibt. Erst die Diagnose eines Allergologen deckte eine bestehende Nahrungsintoleranz auf und erklärte die Unruhezustände beim Kind. Die Hebamme bringt die Wechselwirkung zwischen Mutter und Kind auf den Punkt:

Also es ist ja immer dieses Ping-Pong zwischen Mutter und Kind, Kind und Mutter, ne.

Die Metapher des Ping-Pong-Spiels veranschaulicht die wechselseitige Beziehung zwischen Mutter bzw. Eltern und Kind. Daher erleben die Hebammen, dass das Wohlergehen des Kindes auch unmittelbare Auswirkungen auf das Befinden der Mutter hat. Wenn Neugeborene in den ersten Tagen „friedlich“ sind und Eltern ausreichend Schlaf finden, agieren diese bei später auftretenden Unruhezuständen gelassener.

Die Beurteilung ikterischer Neugeborener und die rechtzeitige Weiterleitung zur diagnostischen Bestimmung des Bilirubin-Wertes stellt für die Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung eine verantwortungsvolle Betreuungsleistung dar. Wenn vorhanden, werden die Kinder bei Verdacht zur Abklärung in die Bilirubin-Ambulanz einer Kinderklinik verwiesen.

Das Kind war orange, neongelb, das alles, war schlapp, schläfrig, hat schlecht gesaugt oder gar nicht mehr.

Einige Hebammen stellen fest, dass sie deutlich weniger Kinder mit Verdacht auf Neugeborenen-Ikterus betreuen als früher. Während eine Hebamme als Ursache dafür die Frühentlassung aus der Klinik und das damit verbundene bessere Stillmanagement ver-

mutet, bringt eine weitere Hebamme die zurückgehende Zahl der Fälle mit ihrer zunehmenden Berufserfahrung und einem geänderten Beratungsfokus in Zusammenhang.

Aber da habe ich auf einige Sachen eben nicht so Rücksicht genommen, sondern da habe ich nicht so drauf geachtet, dass die Kinder wirklich viel, viel am Körper liegen und kuscheln und permanent angelegt werden.

Muss ein erkranktes Kind aufgrund eines Neugeborenen-Ikterus oder aus anderen Gründen in einer Klinik behandelt werden, ist es den Hebammen wichtig, den Eltern psychische Unterstützung anzubieten und, wenn erforderlich, zwischen Eltern und Gesundheitspersonal in der Klinik zu vermitteln (vgl. Kapitel 4.6.2).

4.4.5 Fazit

Sowohl die mütterliche als auch die kindliche Gesundheit werden aus Hebammenperspektive überwiegend als gut eingeschätzt. Jedoch treten in beiden Gruppen auch gesundheitliche Probleme auf. Bei den Frauen werden die gesundheitlichen Problematiken von den Hebammen auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit eingestuft. Somatische Probleme werden oft in den Kontext physiologischer Rückbildungsvorgänge eingeordnet. Dagegen werden Frauen mit psychischen Auffälligkeiten von den Hebammen als weniger gesund erlebt. Die Einschätzung der Hebammen hängt auch davon ab, ob sie das Problem alleine lösen können oder ob sie die Frau an eine Ärztin/ an einen Arzt überweisen müssen, ob die Frau ausreichend Selbstvertrauen hat und ob sie eine normale oder traumatische Geburt erlebt hat. Schwerwiegende Verläufe, in denen Frauen über einen längeren Zeitraum über massive Beschwerden klagen, erleben Hebammen selten. Die Ursachen für ein mangelndes Wohlbefinden liegen nach Meinung der Hebammen vor allem in der fehlenden körperlichen Schonung der Frauen sowie in einer Überforderung durch die aktuelle Lebensumstellung. Eine Überlastung durch die Rollenveränderungen wird als Hauptgrund für viele Beschwerden vermutet. Beeinflusst wird das Wohlergehen ebenfalls durch familiären Unterstützung sowie dem Geburtserleben. Zusammenfassend gehören die Beobachtung des körperlichen Wohlbefindens der Mutter, das Erkennen von psychischen Problemen sowie eine Einschätzung der sozialen Gesundheit der Frauen zu den Hauptaufgaben der gesundheitlichen Versorgungsgestaltung. Als hilfreich bei diesen Aufgaben empfinden die Hebammen die Aufklärungsarbeit im Vorfeld des Wochenbetts, eine frühzeitige Kontaktaufnahme in der Schwangerschaft sowie eine kontinuierliche Betreuungsbeziehung. Herausforderungen, denen Hebammen gegenüberstehen, sind häufig fehlende Rückmeldungen nach Weiter-

leitung von Frauen mit gesundheitlichen Problemen sowie ungenügende Kenntnisse zum langfristigen maternalen gesundheitlichen Outcome. Unverkennbar ist ein großer Informations- und Beratungsbedarf der Frauen zu postpartalen Umstellungsprozessen und zum Leben mit dem Kind. In diesem Kontext nehmen Hebammen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung ein. Die Handlungsansätze der Hebammen zur Unterstützung der mütterlichen Gesundheit reichen von einem proaktiven Erfragen von Beschwerden bis hin zu einem angemessenen Reagieren auf geäußerte Beschwerden. Da Frauen von sich aus möglicherweise ihre Beschwerden nicht artikulieren, kann ein fehlendes Erfragen dazu führen, dass krankhafte Zustände übersehen werden.

Bezogen auf die gesundheitliche Versorgung der Kinder umfassen die Handlungsansätze der Hebammen das kontinuierliche Beobachten von Auffälligkeiten, das Ergreifen unterstützender Maßnahmen sowie die Behandlung im Rahmen der professionellen Möglichkeiten. Zudem erfolgt die Weiterleitung an eine Fachärztin/ einen Facharzt sowie die Vermittlung entsprechender Unterstützungsangebote. In diesem Kontext stellen unruhige Kinder und überforderte und unsichere Eltern die Hauptproblematik dar. Daher ist es wichtig, den wechselseitigen Zusammenhang zwischen dem Zustand der Mutter bzw. der Eltern und dem Kind aufmerksam zu begegnen. Wichtig ist es auch, soziale Ungleichheiten zu beachten. Die anhand vieler Beispiele aufgezeigte Unsicherheit junger Eltern bei der Beurteilung des kindlichen Wohlbefindens verweist auf den lebensweltlichen Bezug des Handlungsfeldes.

4.5 Kontextuelle Handlungs determinanten

Im folgenden Unterkapitel werden Handlungs determinanten der Hebammen beschrieben, die kontextuell in die ambulante Wochenbettbetreuung eingebettet sind. Mit der Beschreibung der professionellen Beziehungsgestaltung zwischen der Hebamme und der Frau bzw. Familie werden Prozesse dargestellt, die in einem erweiterten Bezugsrahmen der ambulanten Wochenbettbetreuung einzuordnen sind.

4.5.1 Professionelle Beziehungsgestaltung

Die Beziehungsgestaltung zwischen Frau und Hebamme ist ein wichtiger Aspekt des professionellen Handelns von Hebammen. Nachfolgend wird zunächst ihre Relevanz im Betreuungskontext und die Balance zwischen Nähe und Distanz betrachtet. Im zweiten Teil des Kapitels erfolgt eine Analyse von Merkmalen professioneller Beziehungsgestaltung anhand eines konkreten Interviewausschnitts.

Relevanz im Betreuungskontext

Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Frau und Hebamme wird von vielen Interviewteilernehmerinnen als Voraussetzung für das Gelingen eines Betreuungsprozesses betrachtet. Dabei stellen Länge und Kontinuität im Betreuungsverlauf sowie die Qualität der Interaktion wichtige Parameter dar.

Die Mehrheit der Frauen sucht freiwillig, aus eigenem Interesse sowie rechtzeitig eine Hebamme für die Zeit nach der Geburt. Die Zeitpunkte der Kontaktaufnahme zur Hebamme variieren aber von einem Telefonanruf bereits vor der Zeugung des Kindes, über eine Kontaktaufnahme kurz nach einem positiven Schwangerschaftstest bis hin zum akuten Bedarfsfall im Wochenbett.

Als optimale Basis für den Beziehungsaufbau wird von den Hebammen eine Betreuung bereits in der Schwangerschaft bewertet. Mehrheitlich ist es den Hebammen wichtig, im Vorfeld der Wochenbettbetreuung mindestens ein bis zwei Termine in der Schwangerschaft mit den Frauen zu verabreden. Eine Hebamme berichtet von monatlichen Treffen mit den Frauen, um eine vertrauende Betreuungsbeziehung aufzubauen zu können. Eine regelmäßige Betreuung in der Schwangerschaft fördert den vertrauensvollen Umgang.

Dass ich einfach sage, es ist wichtig, dass wir uns kennenlernen, dass wir beide wissen, wie wir ticken. Weil das für die Zeit danach auch wichtig ist. Und das finde ich wirklich. Dass es einen Unterschied macht, ob ich die ganze Schwangerschaft über kontinuierlich gesehen habe und auch gesehen habe, wie die sich verändert haben und wie die sich eine Meinung gebildet haben zu Sachen. Zur Geburt. Zur Klinik. Zum Leben mit Kind. Das habe ich ein Stück weit begleitet und das finde ich zählt sich hinterher aus.

Danach haben Betreuungstermine in der Schwangerschaft verschiedene Funktionen. Frauen und – wenn anwesend – auch ihre Partner können sich einen Eindruck von der Hebamme und ihrer Arbeitsweise verschaffen. Vielen Hebammen ist es wichtig, mit einem Vorbesuch den Frauen die Gelegenheit zu geben, zu prüfen, ob ihre eigenen Vorstellungen sich mit denen der Hebamme decken und sie sich im Wochenbett von dieser Hebamme betreuen lassen möchten.

Wochenbett ist so was ganz privates und intimes, ja. Und da sag ich, da wär es dann vielleicht schon ganz gut, wenn jemand kommt, die dir irgendwie auch angenehm ist, ja.

Gleichzeitig unterstützt der frühzeitige Beziehungsaufbau die Hebamme darin, die Frau kennenzulernen und sich mit ihrer familiären Situation vertraut zu machen. Beim Erstkontakt sondieren Frau und Hebamme, ob sie zueinander passen und ob „man harmo-

nier“. Je mehr Vorbesuche absolviert wurden, desto besser können Hebammen den gesundheitlichen Zustand sowie die Ressourcen der Frau und ihrer Familie im weiteren Betreuungsverlauf einschätzen. Unter Umständen verringert sich dadurch auch der Betreuungsaufwand im Wochenbett.

Kennen sich Hebamme und Frau bereits von der Betreuung nach der Geburt eines älteren Kindes, verstärkt sich das gegenseitige Vertrauen.

Die erzählen viel, viel mehr. Auch den ersten Knatsch, den es zu Hause gab mit dem Partner und so, und da entwickelt sich so die ein oder andere Symptomatik daraus. Wo man dann schon sagen kann, mh, kann das sein, dass dich das gerade nervt, oder dass dir das gerade einfach zu viel ist?

Eine gute Vertrauensbasis ist sowohl für die Frau als auch für die Hebamme relevant. In einer vertrauten Beziehung reden die Frauen offener über ihre Probleme und die Hebammen können private Problematiken direkter ansprechen. Eine lange Beziehung und individuelle Präferenzen können dazu führen, dass freundschaftliche Elemente in die Betreuungsbeziehung einfließen.

Zugegebenermaßen, wenn man die Frauen lange kennt, [...], dann kommen natürlich immer auch noch andere Themen mit ins Spiel, so, Leute mit denen man auch Lust hat, mal sich noch mal mehr über was anderes mit zu unterhalten, da lasse ich mich hin und wieder verführen.

Obschon zu Paaren oder Frauen, die als sympathisch erlebt werden, eine persönlichere Beziehung entstehen kann, versuchen die Hebammen allen Frauen die gleiche Betreuung zukommen zu lassen. Andere Hebammen betrachten ihre Beziehungsgestaltung mehr aus einer funktionalen Perspektive. So antwortet eine Interviewpartnerin auf die Frage, ob etwas anders ist, wenn sie die Frauen nicht kennt, Folgendes:

Für mich läuft es anders, ja. Weil ich dann erst mal gucken muss, wen habe ich da überhaupt, ja. Und halt auch den ganzen Papierkram so zwischen Tür und Angel dann erledigen muss, so. Für die Frauen weiß ich jetzt gar nicht, weil es nicht so häufig vorkommt, muss ich jetzt mal überlegen. [...]

Mit der Einschränkung, dass „es nicht so häufig vorkommt“, zieht für diese Hebamme eine fehlende Beziehung eine erschwerte Handlungsfähigkeit nach sich. Diese Hebamme verbindet mit solchen Wochenbettbesuchen auch einen höheren organisatorischen Aufwand.

Zuweilen berichten die Hebammen auch von problematischen Interaktionen mit der Frau und/oder ihrem Partner. Dazu zählt eine unangemessen starke Abhängigkeit der

Frau von der Hebamme. Individuelle Situationen können eine professionelle Beziehungsarbeit im Kontext der Wochenbettbetreuung erschweren.

Balance zwischen Nähe und Distanz

Aufgrund der aufsuchenden Betreuung werden alle Hebammenleistungen im Wochenbett im privaten Umfeld der Frau und ihrer Familie erbracht.

Ich weiß, dass manche Sachen werden mir im Schlafzimmer zugetragen, ja. Das ist ganz privat, wenn da niemand dabei ist, ja.

Die angesprochene Betreuungssituation im Schlafzimmer verdeutlicht das Ausmaß des Eindringens der Hebamme in die Privatsphäre der zu betreuenden Familie. Zusätzlich dazu ist die Hebammenarbeit – nicht nur im Wochenbett – auch von einer hohen körperlichen Intimität geprägt.

[...] weil ist ja schon sehr intim, wenn man jetzt als Hebamme reinkommt, man sieht die Frauen viel nackt, man ist bei denen zu Hause und dann ist da halt eine gewisse Vertrauensebene, so [...]

Eine vertrauensvolle Beziehung und eine wechselseitige Offenheit sind zentrale Voraussetzungen für eine gelungene Hebammen-Wöchnerin-Beziehung. Wieviel Nähe für eine vertrauensvolle Beziehung erforderlich ist, hängt nicht zuletzt vom beruflichen Selbstverständnis der Hebamme ab. Die in einer professionellen Beziehung erforderliche Balance zwischen Nähe und Distanz wird von den Hebammen unterschiedlich gelebt. Einigen Hebammen ist die Nähe zu den Frauen sehr wichtig und bestimmend für einen Teil ihres beruflichen Handelns. Dies zeigt sich beispielsweise an Begrüßungsritualen, „dass wir uns auch eben manchmal umarmen, wenn wir eine Frau begrüßen“ oder an anderen Verhaltensweisen „dass man jemanden auch in den Arme nehmen kann, wenn die Tränen laufen“. In solchen Beziehungen werden die Frauen von den Hebammen oft geduzt. Aussagen wie „So. Dann wir setzen uns erst mal. Mensch, wie geht es dir?“ oder „ich nehme mir dann schon Zeit mit und trinke auch mit denen einen Tee“ illustrieren den anfänglichen Besuchscharakter der Betreuungssituation und dienen dem Kennenlernen bzw. der Wiederaufnahme der Beziehung. Im Betreuungsverlauf wandelt sich der Besuchscharakter in ein professionelles Beziehungsarrangement um.

Für andere Hebammen steht die Wahrung einer professionellen Distanz im Vordergrund des Betreuungsprozesses. Eine Hebamme schafft diese Distanz für sich, indem sie die von ihr betreuten Frauen mit „Sie“ anredet, obwohl diese meist wünschen, geduzt zu werden. Ein professioneller Abstand ist dieser Hebamme auch aufgrund der Altersdiffe-

renz zu den Frauen wichtig. Sie hat das Gefühl, es tut ihr gut „zu siezen“ und reflektiert, dass diese Handlungsorientierung ihre Interaktion mit der Frau nicht beeinflusst. Eine gelungene Beziehungsgestaltung bedeutet außerdem für Hebammen, sich professionell abgrenzen zu können. Dies ist nach Aussage einer Hebamme nicht immer einfach.

Also die größte Schwierigkeit ist, die Balance hinzukriegen zwischen ich bin für euch da und ich brauche eine Pause. Und wie schaffe ich das legitim.

Offensichtlich spricht die Interviewpartnerin hiermit den unberechtigten Anspruch der Familien auf eine ständige zeitliche Erreichbarkeit der Hebamme an. Die Frage nach einer legitimen Lösung hat diese Hebamme durch die Einführung von Sprechzeiten gelöst.

Aspekte der professionellen Beziehungsgestaltung

Im folgenden Interviewausschnitt schildert eine Hebamme Voraussetzungen, unter denen eine Wochenbettbetreuung nicht optimal verläuft. Aus dieser Aussage lassen sich wichtige Elemente einer professionellen Beziehungsgestaltung ableiten.

Wenn ich jetzt eine Frau hab, die sich einen Tag vor der Geburt bei mir meldet [...], merke ich selber, dass oft so ein gewisser Kontakt fehlt und es dann nicht ganz so rund läuft, ja, weil mir ein Stück der Geschichte fehlt. Also es ist im Prinzip hat auch was mit Beziehung und Verbindung zu tun.

Die zitierte Hebamme beschreibt eine mangelnde Verbindung zur Frau „ein gewisser Kontakt fehlt“ und weiterhin, dass es „dann nicht ganz so rund läuft“ weil ihr „ein Stück der Geschichte fehlt“. Die Metapher, „dass etwas rund läuft“, verweist auf einen funktionellen Ansatz ihrer Arbeit. Ein Wochenbett „das nicht rund läuft“, antizipiert das potenzielle Auftreten unvorhergesehener Probleme, die bei entsprechendem Kontakt- und Beziehungsaufbau in der Schwangerschaft hätten vermieden werden können. Der mangelnde Beziehungsaufbau führt aus ihrer Sicht möglicherweise dazu, dass die Wochenbettbetreuung nicht optimal verläuft.

Da Frauen sich für die Wochenbettbetreuung bei der Hebamme melden, übernehmen sie einen aktiven Part in der Beziehungsgestaltung. Die wiederholte Betreuung einer Frau im Wochenbett hält diese Hebamme für ideal.

[...] Also die Frauen, die ich jetzt habe, die meisten davon habe ich schon wirklich seit ungefähr zwischen 20. und 30. Woche, Zweitgebärende, mit denen ich früher vor/ beim ersten Kind gearbeitet habe, melden sich bei mir oft schon in der neunten Woche und mit denen arbeite ich durch die Schwangerschaft und dann wird das Wochenbett wirklich rund, weil ich natürlich dann auch weiß, wen habe ich da, wer ist das?

Weiterhin betrachtet sie es als ideal, wenn Frauen sich bereits in einer frühen Schwangerschaftswoche bei ihr melden. Die Aussage, dass sie sich „mit denen dann durch die Schwangerschaft arbeitet“ verweist auf die Komplexität der professionellen Beziehung. Sie passt ihr Konzept der Persönlichkeit der Frau an, da sie das Wissen „wen habe ich da?“ im Rahmen einer individuellen Betreuungsgestaltung nutzt. Der ganzheitliche Blick dieser Hebamme wird durch die durchgängige Verwendung des Begriffes „Frau“ verdeutlicht, mit dem sie einheitlich die von ihr betreuten Klientinnen bezeichnet. Die Vermeidung von Bezeichnungen wie Schwangere, Wöchnerin oder Klientin, und die Verwendung des alltagsweltlichen Begriffs „Frau“ lässt sich interviewübergreifend bei allen befragten Hebammen nachweisen.

Also im Prinzip, wenn ich meine Frauen im Wochenbett besuche, ist das nicht so wirklich wie wenn ich eine Freundin besuchen gehe [...] ich weiß, dass das, das sind nicht meine Freundinnen und sie wissen das auch, aber sie wissen natürlich, dass ich eine Vertrauensperson bin, zu der sie über alles, was jetzt gerade stattfindet, sprechen können.

Die Wochenarbeit beinhaltet freundschaftliche und professionelle Elemente. Mit der Rechtfertigung ihres Arbeitsprinzips „...ist das nicht wirklich so, wie wenn ich eine Freundin besuchen gehe“ antizipiert diese Hebamme, dass Freundschaft einen Gegenpol zur professionellen Beziehung darstellt.

Zusammenfassend lassen sich folgende Faktoren der professionellen Beziehungsgestaltung zwischen Frau und Hebamme aufzeigen: regelgeleitetes Handeln, ein langer Betreuungszeitraum, eine aktive Partizipation der Frau, eine individuelle und frau-zentrierte Betreuung, eine funktionale Beziehung sowie eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Handlungsfeldes. Die Beziehung ist durch gegenseitiges Vertrauen geprägt. Sie besitzt einen asymmetrischen Charakter, da die Frau stärker auf die Hebamme angewiesen ist als umgekehrt. Trotz des Fehlens einer universellen Wechselseitigkeit enthält die Beziehung auch freundschaftliche und kooperative Elemente.

4.5.2 Familienbildung begleiten

Ein wesentliches Ziel der Hebammenarbeit besteht darin, Eltern ins Familie-werden zu begleiten und sie in der alltäglichen Eltern-Kind-Situation zu unterstützen. Im nachfolgenden Kapitel werden Handlungs- und Interaktionsstrategien der Hebammen dazu aufgezeigt. Da Hebammen in häuslichen Wochenbettsituationen auf unterschiedliche familiäre Strukturen und Familienmitglieder treffen, wird im zweiten Teil des Kapitels die Rolle der Väter und anderer Familienmitglieder aus Hebammenperspektive dargestellt.

Familienbildung

Für einige der befragten Hebammen ist die Familienbildung ein wichtiges Thema ihrer Arbeit. Für andere Kolleginnen ist dieser Aspekt zwar vordergründig kein Thema, dennoch beschreiben sie Handlungen, die familienbildend wirken. Für eine dritte Gruppe der Hebammen scheint diese Aufgabe nur in einem geringen Maß handlungsleitend zu sein. In den Interviews führen die Hebammen unterschiedliche Aufgaben an, die sie bei der Familienbildung für relevant halten. Alle befragten Hebammen akzeptieren jedoch die Grenzen ihres Aufgabenfeldes. Beginnt die Hebammenbetreuung erst nach der Geburt, ist damit oft verbunden, dass die Hebammen weniger Einblick in das Familienleben haben.

Eine Hebamme findet es wichtig, sich nicht in das Leben der von ihr betreuten Familien einzumischen. Daher will sie Themen wie die Rollenaufteilung innerhalb der Familie, weltanschauliche Aspekte, Beziehungsproblematiken und Lebensumstände nicht ansprechen. Sie reagiert zurückhaltend, was die Paarbeziehung angeht. Die Hebamme unterstützt die Frau in diesem Kontext nur, wenn die Situation es erfordert bzw. die Frau selbst sich nicht traut, ihrem Mann gegenüber beispielsweise zu äußern, dass sie eine Ruhepause benötigt. In diesen Fällen klärt sie den Mann über die Schonzeit im Wochenbett auf.

Auch für eine andere Hebamme ist Familienbildung vordergründig kein Schwerpunkt ihrer Arbeit. Zunächst muss sie jedoch nachfragen, was mit dem Begriff gemeint ist.

Familienbildung heißt Planung oder was heißt Familienbildung? [I: Nein, im Wochenbett Familienbildung.] Ach so, okay. [I: Eltern werden.] Genau, Paarbeziehung, bla, bla, bla. Oh Gott, ja. [...]. Ich bin da nicht so, deswegen ist es für mich nicht so Thema

Die hier dargestellte Interviewpassage lässt vermuten, dass die Hebamme glaubt, nicht die Kompetenzen für das Aufgabenfeld Familienbildung zu besitzen. Allerdings erwähnt sie im weiteren Verlauf des Interviews, dass sie im Rahmen der Beratung zum Abpumpen von Muttermilch auch die *Zeit für den Partner* anspricht. Sie berät Eltern dahingehend, sich ab und an einen Babysitter zu gönnen, um ein bisschen mehr Zeit für sich zu haben. Eine andere Hebamme, die sich ebenfalls von dem Aufgabenfeld Familienbildung distanziert, verweist auf externe Angebote, wie eine *Familienwerkstatt*, in der Akteure anderer Berufsgruppen Eltern mit dem Leben auf das Kind vorbereiten bzw. diese bei der Familienbildung begleiten.

Hebammen, die die Unterstützung bei der Familienbildung als ihre Aufgabe ansehen, versuchen unter anderem die Partnerschaftszufriedenheit positiv zu beeinflussen. Eine Hebamme empfiehlt berufstätigen Vätern sich nach der Arbeit eine Stunde Zeit für das Kind zu nehmen, während die Frau sich erholen kann. Positive Auswirkungen dieses Rituals sind neben der Regenerationsmöglichkeit für die Frau, die Entwicklung einer eigenständigen Beziehung des Vaters zum Kind sowie eine ausgleichende Wirkung auf die Paarbeziehung. Auch eine andere Hebamme versucht das Verständnis der Paare füreinander zu fördern, indem sie das Verhalten der Partner erklärt.

[...] Finde ich ganz wichtig. Und das sind so Themen, da lege ich einfach Wert drauf, dass das Verständnis da einfach da ist und dass es da nicht nachher zum Streit kommt oder irgendwie zu Missharmonie, dass die so unzufrieden sind einfach miteinander.

Während einige Hebammen das Gefühl haben, eher passiv in diese Rolle gedrängt zu werden, da sie zur Förderung des postpartalen mütterlichen Wohlbefindens dem Partner bestimmte Verantwortlichkeiten erklären müssen, sehen sich andere Hebammen in der Rolle einer aktiven Fürsprecherin, die zwischen den Eltern vermittelt und ihnen erklärt, in welcher besonderen Umstellungsphase sie sich befinden.

Dieser Schritt [...] Generationsschritt, man wird ja von Sohn und Tochter plötzlich zu Vater und Mutter und die eigenen Eltern werden zu Großeltern und das gibt eine neue Generation [...]. Das ist doch ein ganz einschneidendes Erlebnis [...] Diese psychischen Umwandlungen, die gehen nicht ohne weiteres von statuen. Ich kenne auch Männer, die in Depression verfallen sind, weil sie diese Verantwortung fast nicht halten, nicht tragen konnten. Das muss angesprochen werden - unbedingt.

Der Einblick in die häusliche Situation und in das Familienleben bedeutet für die Arbeit der Hebammen eine Chance, aber auch eine Verantwortung beziehungsweise Herausforderung, da die Situation im Wochenbett viele Konflikte birgt. Eine Hebamme berichtet, dass es häufig Unstimmigkeiten gibt, weil die Frau sich überfordert und der Partner sich ausgeschlossen fühlt. Für die Hebamme ist es dabei wichtig, sich nicht zu überschätzen und kein Helfersyndrom zu entwickeln. In dieser krisenhaften Situation sieht sie es als ihre Aufgabe, die Situation zu ordnen und den Eltern die nötige Sicherheit zu verschaffen, dass die erlebten Umstände normal sind und alle Umstellungen Zeit brauchen.

Hebammen sehen sich Unterstützerin für die Familie, aber auch als Vermittlerin zwischen den einzelnen Familienmitgliedern und dem Kind. Oft wird den Eltern empfohlen, aufgrund der besonderen Schlaf- und Wachzeiten des Kindes, für eine gewisse Zeit

getrennt zu schlafen. In diesem Kontext ist es die Aufgabe der Hebammen, die Eltern zu bestärken und ihnen zu versichern, dass sich diese Situation auch wieder ändern wird. Eine Hebamme will in kleinem Rahmen positiv auf die Beziehung Einfluss nehmen und spricht daher bestimmte Themen proaktiv an.

Oder auch mal sagen, okay, jetzt ist es Zeit mal aus dem Schlafzimmer auszugehen, wenn du arbeiten gehen musst, nutzt nichts, wenn jetzt alle hier auf dem Zahnfleisch rumkriechen. Und auch mal ein bisschen über Arbeitsteilung oder auch, wie man das mit dem Kind aufteilt. Also so was auch mal anzusprechen.

Eine Hebamme betont den pädagogischen Anteil ihrer Arbeit in der Familienbildungsphase und sieht dies als Chance, in der jungen Familie Veränderungen zu bewirken.

Und diese Vielfältigkeit, die da drin steckt, also diese immer, also auch wenn es sich immer nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten ereignet, ist es trotzdem jedes Mal anders, weil jedes Mal ein neuer Mensch, der in diesem System Familie auch irgendwie so dieses Mobile anschwingt. Und weil mit den Eltern auch was passiert ist, durch das Kind vorher zum Beispiel halt auch.

Ihrer Meinung nach agiert die Hebamme als Ersatz für das klassische familiäre Umfeld, das heute im Zeitalter der Kleinfamilien fehlt. Da die Wochenbettzeit für sie ein großes Potential für Veränderungen bietet, will sie ein Stückweit daran beteiligt sein. Sie sieht ihre Aufgabe darin, die Eigenverantwortung der Frau zu stärken, ein gewisses Grundverständnis in den Familien zu wecken und notwendige langfristige Veränderungen in den Familien anzustoßen. Diese Aussage steht konträr zu den bereits beschriebenen Sichtweisen von Hebammen, die sich nicht dafür zuständig sehen, Einfluss auf die Familienbildung zu nehmen.

Rolle der Väter

Familienpolitischen Veränderungen in Deutschland mit der Möglichkeit einer Elternzeit für Väter, führen zu einer steigenden Anzahl von Vätern, die in der ersten Zeit nach der Geburt zu Hause ist. Teilweise berichten die Hebammen, dass Väter etwa 60 bis 70 Prozent ihrer Besuchszeit anwesend waren. Während es einigen Hebammen prinzipiell wichtig ist, Väter in der Wochenbettphase mit einzubinden, berücksichtigen andere das von den Vätern gezeigte Interesse.

Hebammen, denen es wichtig ist, Väter im Wochenbett mit einzubeziehen, leiten Väter in praktischen Dingen, wie Wickeln, Anziehen und Pflege des Kindes, an. Oft wird mit den Eltern ein gemeinsamer Termin für das erste Baden des Kindes verabredet. Eine Hebamme findet es gut, wenn Väter sich „mit der Frau ins Wochenbett begeben“ kön-

nen. Sie hält die Anwesenheit der Väter für die Entlastung der Frau für wichtig, gerade auch, wenn es bereits Geschwisterkinder gibt. Wenn der Partner sieht, was eine Frau alles leistet, kann dies sich positiv auf die Beziehung auswirken. Durch eine vermehrte Unterstützung sinken die psychisch ausgelösten familiären Belastungen; die Hebamme spricht in diesem Kontext von einem „*Burnout in der Familie*“. Eine Hebamme in einer ländlichen Region erlebt jedoch, dass viele Männer in dem klassischen Rollenverhalten verharren. Berufstätige Männer arbeiten nur selten im Haushalt mit und unterschätzen die Belastung der Frau. Eine andere Hebamme erlebt, dass Männer, die vermehrt im Wochenbett präsent sind, ihr klassisches Rollendenken aufgeben und im Umgang mit dem Kind selbstverständlicher agieren. Die Hebammen sehen es als ihre Aufgabe an, dem Partner der Frau zu vermitteln, wie er helfen kann und welche positiven Auswirkungen eine gerechte Arbeitsteilung hat. Hierzu gehört auch die Frau zu unterstützen, externe Besuche zu reduzieren und sich um Geschwisterkinder zu kümmern. Auch werden Väter im Sinne einer doppelten Absicherung einbezogen. So ist bei einer Hebamme die Beratung erfolgreicher, wenn sie auch dem Partner das Wichtigste vermittelt.

Im Gegensatz zu Hebammen, die proaktiv Väter ermutigen eigene Aufgaben zu übernehmen, beziehen andere, nur bei Interesse der Väter, diese mit ein.

Also wenn er nicht daran interessiert ist, dann beziehe ich ihn nicht mit ein und wenn er interessiert ist kann er gerne mitmachen.

Mit dem Ausdruck, dass der Mann *gerne mitmachen kann*, deutet diese Hebamme an, dass sie ihn eher nicht in der Verantwortung sieht, eigene Aufgaben zu übernehmen. Offensichtlich denken einige Hebammen, dass hier ihr Aufgabengebiet endet. Wenn kein Interesse besteht, sehen sie es nicht als ihre Aufgabe „den [Mann - Anm. d. Verf.] irgendwie einzunorden und zu erziehen“. Eine Hebamme erzählt, dass es ihr nicht wichtig ist, ob die Männer anwesend sind oder nicht und dass sie bei Anwesenheit der Männer den Besuch anders gestaltet. Sie hat den Eindruck, dass Frauen alleine ruhiger und offener sind und es zudem genießen, wenn „ihre“ Hebamme nur für sie und das Kind ins Haus kommt.

Das Ausmaß des Interesses der Väter am Wochenbettgeschehen erleben die Hebammen unterschiedlich: Für manche Väter ist es selbstverständlich, beim Wochenbettbesuch dabei zu sein, bei der Pflege des Kindes zu helfen und proaktiv Probleme anzusprechen sowie Fragen zu stellen. Bei diesen Vätern kann es passieren, dass die Hebamme auch für die Männer die Rolle der Vermittlerin übernimmt.

Auch so, manchmal nehmen mich auch die Männer beiseite und sagen: Mensch, kannst du nicht mal meiner Frau (..), die macht (..), die macht zu viel.

Andere Väter wirken nach Meinung der Hebammen eher desinteressiert; einige *machen höchstens die Tür auf und verschwinden dann wieder in ihrem Zimmer*. Einige Hebammen sehen sich auch mit Ablehnung durch die Väter konfrontiert. Dies äußert sich beispielsweise in direkten Auseinandersetzungen während des Wochenbettbesuches bzw. durch eine fehlende Anwesenheit bei Wochenbettbesuchen beim zweiten Kind. Aus diesem Grund wägen Hebammen vorsichtig ab, in welchem Ausmaß und wie sie sich in diesem Kontext einbringen.

Einige Hebammen erkennen einen väterlichen „*Wochenbettbedarf*“. Auch Väter benötigen bezüglich des Umgangs mit dem Kind ein anerkennendes Feedback und Bestärkung. Ein Nicht-Eingebunden-Sein im Wochenbett kann dazu führen, dass sie sich ausgeschlossen fühlen. Eine übermäßige Erwartungshaltung kann Überforderungen oder auch Ängste verursachen. Psychische Verstimmungen können sich in Form einer väterlichen Wochenbettdepression manifestieren, die bei Bedarf angesprochen werden sollte. Auf der anderen Seite werden Väter als weniger emotional und rational denkender als Mütter erlebt. Dies bewertet eine Hebamme als positiv für ihre Arbeit.

Rolle anderer Familienangehöriger

Grundsätzlich werden Wochenbettbesuche von den meisten Hebammen anders gestaltet wenn zusätzlich zum Partner weitere Familienmitglieder anwesend sind. Dies ist wichtig, um die Privatsphäre der Frau zu wahren.

Mit dem Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit des Partners, erleben viele Hebammen, dass sich häufig Großmütter zur Unterstützung der Familie einfinden. Die Rolle von Großeltern und besonders die der Großmütter im Wochenbett wird unterschiedlich interpretiert. Häufig machen Hebammen die Erfahrung, dass die Anwesenheit von Großmüttern sich negativ auf das postpartale Befinden der Frau auswirkt. In der Regel führen überholte Ratschläge der Großmütter, wie beispielsweise das Kind schreien zu lassen, nicht mit ins eigene Bett zu nehmen oder es nicht zu sehr zu verwöhnen, zu einer Verunsicherung der Wöchnerin, die nicht selten Stress verursacht und damit auch Stillprobleme auslöst. Eine Hebamme unterscheidet bei den Großmüttern zwischen konkurrierendem und unterstützendem Verhalten. Es gibt Großmütter, die sofort einen Besitzanspruch auf das Baby anmelden und andere, die im Haushalt helfen, das Geschwisterkind versorgen und sich ansonsten im Hintergrund halten.

Unterhaltungen der Hebammen mit den Großmüttern haben oft zwei Komponenten. Einerseits erzählen diese häufig gerne und bereitwillig von ihren eigenen Geburtserlebnissen.

Und die Mütter sind ja auch immer ganz süß, sie müssen ja dann auch ganz viel von ihren eigenen Geburten erzählen und wie das damals war. Höre ich mir dann auch alles an. (...) Ist ja auch manchmal ganz interessant.

Gleichzeitig möchten viele Großmütter ihre Erfahrungen auf die neue Familie übertragen. Neben Empfehlungen, den Besuch durch Familienangehörige zu reduzieren, versuchen Hebammen auch Verständnis für die Denkweise der Großmütter zu erzeugen. Sie versuchen den Frauen zu vermitteln, dass neue Erkenntnisse der Säuglingsforschung die Erfahrungen der Großmütter zwar überholt haben, dies jedoch nicht bedeutet, dass die Großeltern früher alles falsch gemacht haben. Eine Hebamme klärt die von ihr betreuten Frauen bereits im Vorfeld über mögliche Konflikte mit der Großmutter auf. Um das generationsübergreifende Verhältnis zu fördern, wird auch der Besuch spezieller Großelternkurse empfohlen.

Und ich hatte vor einem Jahr eine Frau, die gesagt hat, ich schicke da meine Eltern hin.[...] dann war da so ein älterer Herr, der so einen Hals hatte und die Kursleiterin gefragt hat, wie sind sie denn her gekommen und was erwarten sie denn. Und er saß da mit so einem Hals und meine Tochter denkt, ich brauche sowas. Ich habe da drei Kinder großgezogen und sie denkt ich brauche so noch was. [...] Und er kam nachher strahlend raus und hat gesagt "ich verstehe jetzt, warum sie es wollte. Es hat sich doch sehr viel geändert. Ich bin froh hier gewesen zu sein."

Hebammen empfehlen häufig eine Karenzzeit ohne Besuch, in der die Kleinfamilie sich zunächst einmal zusammenfinden soll. Die Dauer der empfohlenen Karenzzeit ist jedoch verschieden. Daneben besprechen Hebammen oft schon vor der Geburt mit der Frau, wen sie sich als Unterstützung im Wochenbett vorstellen kann. Oft wird den Frauen geraten, diese Entscheidung mit den ausgewählten Angehörigen zu besprechen, damit sich diese auf ihre Aufgabe einstellen können.

Verfügen Hebammen über eine langjährige Berufserfahrung und haben immer in der gleichen Region praktiziert, kann es auch vorkommen, dass Hebammen Familienangehörige der Wöchnerinnen bereits bei deren eigenen Geburten betreut haben.

Gib es ältere Geschwisterkinder, besprechen einige Hebammen gemeinsam mit den Frauen, wie diese nach der Geburt des neuen Babys integriert werden können, damit sie sich nicht vernachlässigt fühlen. Die Hebammen erleben, dass Geschwisterkinder im

Wochenbett oft von den Vätern betreut werden. Es fällt auf, dass Geschwisterkinder, die vorher eine enge Beziehung zur Mutter hatten, sich jetzt mehr zum Vater orientieren.

[...] und das genießen die Männer dann oft auch, dass plötzlich die größeren Kinder total auf Papa stehen und mit dem was machen.

Manchmal kümmern sich auch die Großeltern um die älteren Kinder. In Abhängigkeit vom Alter werden Geschwisterkinder auch oft von den Hebammen mit in die Arbeit einbezogen, beispielsweise beim Wiegen oder Windeln wechseln. Einige Hebammen spielen mit dem älteren Kind, während die Mutter das Neugeborene stillt. Die Hebammen versuchen, ältere Geschwisterkinder in ihrer neuen Rolle zu bestärken. Nicht selten haben sie kleine Geschenke für die Erstgeborenen dabei. Indem sie den Kontakt zwischen dem älteren Kind und dem Baby fördern, agieren sie auch hier in einer Vermittlerfunktion.

4.5.3 Fazit

Die aufgezeigten Handlungsdeterminanten belegen die Einbettung der Hebammenarbeit in den häuslichen Versorgungskontext. Deutlich wird, das Ausmaß des Einblicks der Hebammen in familiäre Strukturen.

Eine professionelle Beziehungsgestaltung gehört zu den Schlüsselkompetenzen von Hebammen. Der besondere Betreuungskontext im häuslichen Bereich impliziert für alle Hebammen eine obligatorische Reflexion ihrer Beziehungsgestaltung. Dabei stellt das Konzept der Beziehungsgestaltung nicht immer eine bewusst erlebte Handlungsorientierung dar. Das intuitive Erleben und Verständnis für die Beziehungsgestaltung wird daran deutlich, dass alle Hebammen zwischen einer Wochenbettbetreuung bei einer ihr im Vorfeld bekannten und nicht bekannten Frau unterscheiden. Während viele Hebammen eine vom wechselseitigen Vertrauen geprägte Beziehung reflektieren, zeigen andere Interviewbeispiele eine funktionale Beziehungsgestaltung. Prinzipiell lassen sich stärker beziehungsorientiert arbeitende Hebammen von Hebammen, die einen größeren professionellen Abstand wahren, unterscheiden. Diese Haltungen sind nicht zuletzt auch im Rollenverständnis der Hebammen verankert. Mehrheitlich wird jedoch die Bedeutung einer vertrauensvollen Betreuungsbeziehung hervorgehoben. Dabei stehen eine ganzheitliche Sichtweise und eine aktive Partizipation der Frau im Vordergrund. Eine vertrauensvolle Beziehung, die bereits in der Schwangerschaft etabliert wurde, erleichtert die Einschätzung des mütterlichen gesundheitlichen Zustands sowie der Ressourcen der Frau und ihrer Familie im weiteren Betreuungsverlauf. Ungeachtet der Tatsache, dass

Hausbesuche auch freundschaftliche Elemente haben können, ist es den meisten Hebammen eine professionelle Rollengestaltung wichtig.

Die meisten Interviewpartnerinnen sehen ihre Aufgabe im Rahmen der Familienbildungsphase vor allem in einer Unterstützung bei dem Zusammenwachsen der neuen Familie sowie im Aufzeigen von alternativen Lebensmodellen. Die Hebammen wissen um die Bedeutung der sozialen Unterstützung durch Familienmitglieder; viele versuchen insbesondere den Partner in den Betreuungsprozess zu integrieren. Eine wichtige Leistung in diesem Kontext besteht in der Aufklärung darüber, dass das Wohlbefinden von Mutter und Kind im Mittelpunkt der Wochenbettzeit steht, die Frau entlastet wird und eine entsprechende Schonzeit benötigt. Zuweilen agieren Hebammen als Vermittlerinnen zwischen einzelnen Familienmitgliedern.

4.6 Strukturelle Handlungsdeterminanten

Die Gestaltung der Betreuungsprozesse folgt strukturellen und organisatorischen Konzepten, die von den Hebammen individuell gestaltet werden. Dazu gehören zum einen die Organisation der Betreuung in den ersten acht Wochen post partum sowie zeitlich darüber hinaus, zum anderen auch Aspekte der beruflichen Zusammenarbeit und Vernetzung. Ferner müssen sich die Hebammen mit verschiedenen Rahmenbedingungen auseinandersetzen.

4.6.1 Planung, Organisation und Dokumentation von Betreuungsprozessen

In der nachfolgenden Tabelle 11 werden einzelne Parameter der Besuchsplanung sowie die individuellen Dimensionen der Ausgestaltung durch die Hebammen dargestellt. In den Besuchskonzepten werden lediglich Beispiele aufgeführt, da die Aussagen nicht bei allen Hebammen den Parametern zugeordnet werden konnten.

Relevante Parameter der Betreuungplanung	Besuchskonzepte	
Betreuung in der Schwangerschaft	Keine Betreuung, Vorgespräch, bei Bedarf, Geburtsvorbereitungskurs, regelmäßige Besuche im Kontext der Schwangerenvorsorge oder Beratung bei Beschwerden	
Zeitpunkt erster Hausbesuch p.p.	In der Regel ein Tag nach Klinik/Geburtshaus-Entlassung; besondere Fälle und ambulante Geburten am Entlassungstag	
Dauer pro Besuch	Durchschnittlich 45-60 Minuten, erster Besuch 60-90 Minuten	
Anzahl Besuche pro Frau in den ersten acht Wochen p.p.	6-7, 8-10, 10-14, 15-20, bis 26	
Besuchsintervalle	1.-2. Woche	Täglich, engmaschig, 2 x pro Woche, täglich bis der Nabel abgefallen ist, bis der Stillprozess funktioniert
	3.-4. Woche	Alle 2-3 Tage, 1 x pro Woche
	> 4. Woche	1 x pro Woche, vor U3, nach U3, individuell
Besuchsfrequenz	orientiert sich am Zustand von Mutter und Kind, Nutzerinnenbedarf, -wunsch; an zeitlicher Kapazität der Hebamme	
Regelung > acht Wochen p.p.	Telefonische Beratung anbieten, Termine nur bei Bedarf Feste Terminabsprachen, Kontakt durch Teilnahme an Kursen, Verbindliche Absprachen für Zuständigkeit	

Tabelle 11: Parameter der Betreuungplanung

Die Organisation der Besuchskonzepte in Wochenbett und Stillzeit ist abhängig von verschiedenen Faktoren, die ein standardisiertes Vorgehen für Hebammen erschweren. Hierbei spielen die in *Kapitel 4.1.1* beschriebene professionelle Verortung der Hebamme, ihre zeitlichen Kapazitäten sowie der subjektive und objektive Bedarf von Mutter und Kind wesentliche Rollen.

Den Hebammen ist es wichtig, die im Wochenbett zu betreuenden Frauen bereits in der Schwangerschaft kennenzulernen und dabei auch anamnestische Faktoren zu erfassen. Je nach Leistungsumfang der Hebamme und Bedarf der Frauen variiert die Betreuung im Vorfeld. Die Bandbreite der Gestaltung des Beziehungsaufbaus reicht von einem einmaligen Vorgespräch in der Schwangerschaft, über mehrmalige Kontakte und Hebammenhilfe bei Beschwerden oder eine Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs bis hin zu einer regelmäßigen Schwangerenvorsorge durch die Hebamme. Je nach Ar-

beitsbelastung nehmen Hebammen auch kurzfristige Anfragen für eine Wochenbettbetreuung von Frauen an, die ihr Kind bereits geboren haben.

Der erste Hausbesuch nach der Geburt erfolgt zu einem relativ einheitlichen Zeitpunkt. Nach einer Entlassung aus der Klinik oder dem Geburtshaus besucht die Hebamme die Frau und das Kind meist am Tag danach. Die Länge eines Hausbesuchs beträgt zwischen 45 und 60 Minuten, wobei der erste Hausbesuch mehr Zeit in Anspruch nimmt. Dieser Umstand wird von den Krankenkassen mit einem finanziellen Zuschlag honoriert. Einige Hebammen halten jedoch die Vergütung weiterer Besuche für nicht adäquat.

Die 40 [Minute – Anm. d. Verf.], ja, die kann man schaffen, aber dann musst du wirklich rein. Manchmal kommst du ja, also die Frau hat gerade das Baby an die Brust gelegt, ja dann pflücke ich das da auch nicht ab.

Im Kontext einer aufsuchenden Betreuung entstehen Situationen, in denen Hausbesuche nicht in weniger als 40 Minuten durchführbar sind. Eine Hebamme betont in diesem Zusammenhang, dass ihre Arbeit nicht darin besteht, einen Verbandswechsel zu machen, sondern primär aus Fragen und Zuhören. Die Erfassung der Stimmungslage der Frau gelingt nicht in 20 Minuten. Hebammen, die im Durchschnitt länger als 60 Minuten für einen Hausbesuch benötigen, wollen diesen Umfang reduzieren. Andere Hebammen sind mit der vorgegebenen Zeit zufrieden.

Aber ich versuche halt auch so ein bisschen, mich so an diese Krankenkassenvorgabe: lieber öfter und dafür aber nicht so lange. Das ist selten. Also höchstens mal beim ersten und zweiten Besuch. Oder wenn die Frau so nett ist, und man sich da verquatscht, oder so was, dass ich lange brauche. Aber ansonsten komme ich mit zwanzig Minuten, halber Stunde, meistens ganz gut hin.

Die Hebammen erwähnen auch, dass bei Störungen im Wochenbettverlauf, wie beispielsweise Stillproblemen oder eine Brustentzündung, Besuche oft länger als 60 Minuten in Anspruch nehmen. Die Besuchszeiten verkürzen sich mit zunehmender Berufserfahrung. Dagegen kann ein geringes Gesamt-Arbeitspensum die Hebamme dazu verleiten, die Besuchsdauer auszuweiten.

Also das finde ich ganz spannend, dass ich weiß, als ich wenig gearbeitet habe, da waren die Wochenbettbesuche immer länger (lacht.).

Bei einem physiologischen Wochenbettverlauf ist die Besuchsfrequenz von verschiedenen Kriterien abhängig. Diese umfassen das gesundheitliche Wohlbefinden von Mutter und Kind, die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung sowie ein gelingender Stillprozess. Wichtig ist auch das Lebensalter der Kinder. Im frühen Wochenbett erfolgen die Besuche engmaschiger. Die Frequenz richtet sich darüber hinaus auch nach einem even-

tuell von den Frauen geäußerten Bedarf nach mehr Unterstützungsleistung. Daneben spielen strukturelle Rahmenbedingungen, wie eine lange Wegstrecke sowie andere Verpflichtungen der Hebamme, beispielsweise weitere Hausbesuche oder geburtshilfliche Dienste, eine Rolle. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren nach dem Ablauf von acht Wochen nach der Geburt, Hausbesuche nur in Zusammenhang mit Still- oder Ernährungsproblemen des Säuglings berechnungsfähig.

Die durchschnittliche Anzahl der Besuche pro Frau ist in der vorliegenden Studie sehr variabel. Generell gilt, dass Frauen mit Störungen im Wochenbettverlauf, großen Unsicherheiten oder mit Stillproblemen engmaschiger besucht werden. Die Anzahl der Besuche hängt weiter davon ab, ob die Hebamme ein feststehendes Konzept für die Besuche hat und von vornherein plant, Frauen und Familien bis einschließlich acht Wochen post partum zu besuchen oder ihre Betreuung primär nach Bedarf von Mutter und Kind ausrichtet. Zu dieser Thematik nimmt sich eine Hebamme viel Zeit für die Aufklärung der Frau und der Familie.

Ich kann jederzeit kommen. [...] Ich erklär dann wirklich diese Hausbesuche 16 mal in acht Wochen, das ist eigentlich das reguläre, aber darüber hinaus, wenn irgendwas Besonderes ist. In der Stillzeit sowieso, bis zu einem Jahr kannst du/ kann ich immer noch darüber hinaus kommen. Oder auch bei Ernährungsfragen, bei Flaschenkindern, gar kein Problem. Wenn mit dem Kind irgendwas sein sollte, holen wir uns ein Attest vom Kinderarzt. Wenn bei dir irgendwie was unstimmig ist, holen wir uns ein Attest vom Gynäkologen. Also ich sag denen wirklich von Anfang an, du brauchst dir keine Sorgen machen, ich komme so lange wie du mich brauchst.

Die Einstellung der zitierten Hebamme „*ich komme so lange wie du mich brauchst*“ steht im Widerspruch zur Meinung einiger anderer Hebammen, die die Anzahl der angebotenen Wochenbettbesuche für überdimensioniert halten und befürchten, dass dadurch die Unselbständigkeit der Frauen gefördert wird.

Oft wird ein letzter Besuch um den Zeitpunkt der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung U3 zwischen der vierten und fünften Lebenswoche des Kindes gelegt. Im Zusammenhang mit der U3 haben Frauen einen großen Gesprächsbedarf, beispielsweise zu Impfeempfehlungen und zu Empfehlungen zur Ernährung vollgestillter Kinder.

Der Abschluss der Betreuung erfolgt individuell, zumeist jedoch in Anlehnung an festgelegte Kriterien.

Also das ist auch unterschiedlich. In der Regel ist es so, wenn ich sehe, die Kinder nehmen gut zu, der Nabel ist abgefallen, das Kind ist gebadet, das Stillen

klappt, es gibt jetzt keine weiteren Fragen erst mal, außer vielleicht an den Kinderarzt, dann schließe ich das ab.

Nach Aussage einer anderen Hebamme wird die Wochenbettbetreuung beendet, „wenn wir alle zufrieden sind“. Diese Aussage schließt neben der fachlichen Expertise der Hebamme auch die Nutzerinnenperspektive ein. Beenden Hebammen die Wochenbettbetreuung vor dem Zeitraum von acht Wochen, werden Frauen darüber aufgeklärt, dass sie sich bei auftretenden Problemen wieder melden können. Einige Hebammen verabreden immer einen festen Folgetermin.

[...] ich sage denen zwar, du kannst dich melden, aber es kommt dann nichts mehr. Und dann sieht man die irgendwann beim zweiten Kind und hört dann okay, das hast du komplett anders, ach mit Brei und hast du dann doch mit vier Monaten angefangen, warum denn? Und ach, hatte dann Verstopfung, warum hast du dich nicht gemeldet?

Die Erfahrung dieser Hebamme, dass Frauen sich auch bei Problemen nicht mehr melden, führte dazu, dass sie bei Betreuungsende jetzt immer einen festen Termin für den siebten Lebensmonat des Kindes verabredet und klar adressiert, dass sie sich als Fachfrau für die gesamte Stillzeit betrachtet. Im Rahmen eines konkreten Abschlusstermins werden auch klare Informationen über die Zuständigkeiten der Hebamme weitergegeben. Die Frauen sollen sich beispielsweise bei Stillproblemen, Nahrungsumstellung oder auch bei lang anhaltendem Schreien des Kindes melden. Eine Hebamme nutzt das Abschlussgespräch zur Evaluation ihrer eigenen Tätigkeit und fragt die Eltern, was sie gut oder nicht gut fanden und ob sie sich mehr Unterstützung gewünscht hätten. Die Entscheidung einen festen Termin auszumachen oder nur auf Nachfrage zu reagieren, beschäftigt viele Hebammen. Im nachfolgenden Interviewausschnitt weist eine Hebamme daraufhin, dass Frauen unterschiedlich auf das Betreuungsende reagieren.

[...] klar, es gibt die, die wenn ich den letzten Besuch ankündige, dann sagen "Was, schon? Das ist schade", aber du merkst ganz deutlich, das ist im Sinne von einer lieb gewordenen Gewohnheit, bedauern die das kurz, in dem Moment wo ich da 2 Wochen nicht mehr bin ist auch gut. Aber es gibt auch welche, die sagen [...] das hat mir Sicherheit gegeben, dass ich wusste, du kommst einmal in der Woche und ich kann nochmal sozusagen so ein bisschen Revue passieren lassen und ein paar Fragen stellen“ und das finde ich zum Beispiel einen ganz wichtigen Satz.

Die zitierte Hebamme beschreibt, dass es einigen Frauen Sicherheit gibt, wenn sie wissen, dass die Hebamme nach den acht Wochen noch einmal kommt. Die Interviewpartnerin sieht sich darin bestätigt, dass es nicht immer ausreicht, nach Betreuungsende die

Möglichkeit einer telefonischen Kontaktaufnahme anzubieten und sie daher regelmäßig feste Besuchskontakte für spätere Zeitpunkte verabredet.

Die Einschätzung der Hebammen hinsichtlich des Betreuungsbedarfs in dem vorgegebenen Zeitrahmen von acht Wochen variiert. Eine Hebamme nimmt die von ihr betreuten Frauen früh als selbständig wahr. Die Frauen sind meist nach den ersten zwei, drei Wochen so „fit“, dass sie das Gefühl hat, nur noch zu kommen, um das Kind zu wiegen. Obwohl bei diesen Besuchen auch ungeklärte Fragen besprochen werden, fühlt sich die Hebamme in ihrer Professionalität auf das Kind reduziert. Mehrheitlich wird der Betreuungsumfang von acht Wochen von den Hebammen jedoch als angemessen beurteilt, da die meisten Frauen sich bis zu diesem Zeitpunkt in ihrer Rolle zurechtgefunden haben. Einige Hebammen besuchen aufgrund des wahrgenommen Bedarfs, Mutter und Kind regelmäßig länger als acht Wochen.

Der Fokus des Betreuungsbedarfs sechs Monate nach der Geburt liegt stärker auf dem Kind bzw. auf dem Prozess des Abstillens und der Beikost-Beratung. Gesundheitliche Probleme der Mutter stehen zu diesem Zeitpunkt nicht im Vordergrund. Vermutet wird auch, dass es unabhängig vom Auftreten von Fragen und Problemen einigen Frauen wichtig ist, ihr Kind der Hebamme zu einem späteren Zeitpunkt nochmal zu präsentieren. Auch ein Kennenlernen bereits in der Schwangerschaft fördert teilweise einen sehr langen Betreuungsprozess.

Ich will nicht sagen: Die Hebamme von der Wiege bis zur Bahre. Aber von Eintritt der Schwangerschaft bis das Kind steht auf zwei Füßchen, so würde ich es schon noch immer titulieren und so hab ich das immer vertreten, solange ich das mache.

Bieten die Hebammen Kurse, wie beispielsweise zur Rückbildung oder Baby-Massage an, ergibt sich hierüber oft die Möglichkeit, Mutter und Kind erneut zu kontaktieren und eventuelle Fragen zu klären. Dennoch möchten Frauen nicht immer ihre Probleme vor einer Gruppe diskutieren. Die Empfehlung, dass Frauen sich bei Bedarf melden sollen, kann auch zu einem Ausbleiben eines offiziellen Betreuungsendes führen, was von einer Hebamme als unbefriedigend dargestellt wird. Besonders bei langen Betreuungsverläufen hat das Ende für manche Hebammen auch eine emotionale Komponente. Der letzte Abend in der Krabbelgruppe oder im Baby-Massagekurs wird von einigen Hebammen als „komisch“ empfunden. Manche Hebammen finden es „schade“, sich zu verabschieden, andere haben bei Betreuungsende ein gutes Gefühl „weil es rund war“.

Wochenbettbesuche dokumentieren

Eine umfassende und vollständige Dokumentation der Wochenbettbesuche dient sowohl der Verlaufskontrolle des gesundheitlichen Wohlbefindens von Mutter und Kind als auch einer Erfassung der geleisteten Betreuung. Im Falle eines gegen die Hebamme geltend gemachten Haftungsanspruchs ist eine lückenlose Dokumentation wesentlich für die Nachvollziehbarkeit der Betreuung.

Derzeit existieren keine Vorgaben für ein zu verwendendes Dokumentationssystem. Die Darstellungen der Hebammen lassen darauf schließen, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Dokumentationsvorlagen verwendet wird. Viele Hebammen arbeiten mit einem Computerabrechnungsprogramm und nutzen über das Programm separate Papiervordrucke zur Dokumentation. Andere Hebammen arbeiten nicht mit einem Abrechnungsprogramm, sondern dokumentieren auf vorgefertigten oder selbst erstellten Karteikarten sowie anderen Vorlagen. Eine Hebamme erwähnt auch, einen Abrechnungsdienst zu nutzen und dessen Vordrucke zu verwenden.

Grundsätzlich werden mehrere Aspekte dokumentiert: Dazu zählen die erhobenen klinischen Parameter des gesundheitlichen Zustands von Mutter und Kind. Besonderheiten und psychische Auffälligkeiten der Mutter werden ebenso festgehalten. Weiterhin werden therapeutische Maßnahmen sowie die Gabe von Medikamenten oder Hilfsmitteln und Beratungs- und Anleitungssequenzen notiert. Die Dokumentation dient somit sowohl der Verlaufskontrolle der postpartalen Erholung von Mutter und Kind als auch der Auflistung therapeutischer sowie beratender Maßnahmen. Alle Gesprächsinhalte mit der Frau werden festgehalten. Interviewüberreifend dokumentieren die Hebammen in unterschiedlichem Umfang. Wird ein vorgefertigter Dokumentationsbogen genutzt, beispielsweise eine Vorlage vom DHV e.V., dient das Formular gleichzeitig auch als Rückversicherung, nichts Relevantes übersehen zu haben, da Zeile für Zeile abgearbeitet und „abgehakt“ werden können. Einige Hebammen schreiben zusätzlich einen Freitext und dokumentieren ihre Befunde sehr umfangreich. Zur späteren Nachvollziehbarkeit erstellt eine Hebamme auch Fotos, beispielsweise von einer schlecht heilenden Sectionnaht und fügt diese den Unterlagen bei. In der Regel wird parallel oder zeitnah dokumentiert. Eine Hebamme erwähnt, die Dokumentation während des Betreuungsverlaufes bei den Frauen zu lassen.

Grundsätzlich sind sich alle Hebammen ihrer Verantwortung bei der Betreuung von Mutter und Kind bewusst. Offensichtlich bestehen jedoch Unsicherheiten über einen

angemessenen Umfang der Dokumentation, insbesondere vor dem Hintergrund eventueller Haftungsansprüche. Die Aussage einer Hebamme „*ich bin so eine die seitenweise dokumentiert*“ steht der Dokumentation einer anderen Hebamme gegenüber, die „*wahrscheinlich zu spärlich, nicht den Vorschriften entsprechend*“ dokumentiert. Da die Interviewpartnerin noch keinen Schadensfall erlebt hat, ist sie unsicher, ob ihre Dokumentation einer Prüfung standhalten würde. Eine weitere Hebamme berichtet über ihr Vorgehen bei mangelnder Gewichtszunahme des Kindes:

Ich dokumentier das, wenn ich das Kind für mich selber auch unauffällig finde vom Verhalten, dokumentier ich das und schreib, dass ich das zum Kinderarzt geschickt habe und dass der da auch nichts, nichts gemacht hat, das dokumentier ich, aber es ist immer so ein bisschen schwierig, weil ich das Gefühl habe, ich bin trotzdem dran, wenn was, das jetzt verhungert, so.

Das Gefühl der hier zitierten Hebamme, zur Verantwortung gezogen zu werden, falls das Kind „*verhungert*“, macht die Komplexität der häuslichen Betreuungssituation deutlich. Auf der einen Seite sind Hebammenbesuche für Mutter und Kind nicht vorgeschrieben und können von gesetzlicher Seite auch nicht bindend festgelegt werden. Auf der anderen Seite kann die Hebamme zur Verantwortung gezogen werden, sobald sie die Wochenbettbetreuung einer Frau übernimmt.

Im Zuge der zunehmend eingeforderten qualitätssichernden Maßnahmen, zu denen auch eine Dokumentation gehört, gilt es für die Hebammen ihre Arbeitsprozesse zu beschreiben und Betreuungsstandards zu formulieren. Diese Entwicklung wird von den Hebammen unterschiedlich bewertet.

[...] ich müsste mir jetzt unbedingt mal meine Checklisten erarbeiten und meine Standards. Man erzählt ja doch immer das Gleiche, dann müsste man es vielleicht nicht jedes Mal lang und breit aufschreiben.

Während die Erstellung von QM-Standards für die zitierte Hebamme hilfreich erscheint, findet eine weitere Hebamme es schwierig, ihre individuelle und situationsgerechte Betreuung zu standardisieren. Beispielhaft erläutert sie ihr Vorgehen bei Frauen mit Stillproblemen aufgrund entzündeter Brustwarzen, denen sie in Abhängigkeit des Vorhandenseins von Schmerzen unterschiedliche Empfehlungen gibt. Insbesondere Hebammen, die viel dokumentieren, sehen in der Erstellung eines eigenen QM-Handbuchs, in dem das eigene Standardrepertoire festgehalten wird, deutliche Vorteile.

Auffällig ist, dass die Hebammen außer ihrer eigenen Dokumentation kaum weitere Hilfsmittel wie Assessment-Instrumente zur Einschätzung des gesundheitlichen Wohl-

befindens von Mutter und Kind nutzen. Zwei der befragten Hebammen geben an, mit Referenzkurven der WHO zur Gewichtsentwicklung von Kindern zu arbeiten und diese den Frauen als Informationsgrundlage weiterzugeben. Vereinzelt wird der EPDS Bogen zur Erkennung postpartaler Depressionen eingesetzt.

4.6.2 Zusammenarbeit und Vernetzung

Nachfolgend werden sowohl die Zusammenarbeit und Vernetzung innerhalb der Berufsgruppe als auch die interdisziplinäre Vernetzung zur Abklärung unklarer Fragestellungen und Vermittlung relevanter fachgruppenspezifischer Kontakte beleuchtet.

Intradisziplinäre Vernetzung und Austausch

Die Vernetzung innerhalb der Berufsgruppe der Hebammen, die im ambulanten Wochenbett arbeiten, hängt von ihren spezifischen Tätigkeitsstrukturen ab. Hebammen, die in einem Team bzw. in einer Praxis zusammenarbeiten, aber auch Hebammen, die alleine arbeiten und über ein gut ausgebautes Netzwerk verfügen, erkennen deutliche Vorteile in einem gegenseitigen fachlichen Austausch und in der Möglichkeit der gegenseitigen Unterstützung. Die Zusammenarbeit auf intradisziplinärer Basis hat mehrere Teilaspekte und äußert sich beispielsweise

- in einem Austausch zu fachlichen Fragen, Themen und Behandlungsmethoden,
- in einer Unterstützung bei der Entscheidung für oder gegen eine Weiterleitung von Mutter und Kind zur niedergelassenen Ärztin/zum niedergelassenen Arzt oder in die Klinik,
- durch Hinzuziehen der Expertise einer anderen Kollegin,
- durch Hinzuziehen in dringlichen Fällen, bei denen eine andere Kollegin sich räumlich näher bei der Frau befindet,
- in einer thematischen Aufteilung einzelner Bereiche bei gemeinsamer Kursgestaltung,
- in gemeinsamen Fallbesprechungen,
- in einer Unterstützung und Entlastung bei Unsicherheiten
- im Rahmen einer gegenseitigen Vertretung, in Urlaubszeiten oder im Krankheitsfall.

In der Regel profitieren jüngere Hebammen von den Erfahrungen der berufserfahrenen Kollegin. Von erfahrenen Kolleginnen zu lernen, sie zu Beginn der Berufszeit zu begleiten, wird als äußerst gewinnbringend erlebt.

Also das war ein echtes Geschenk, diese Frau an meiner Seite zu haben.

Aber auch langjährig praktizierende Hebammen holen sich fachliche Unterstützung bei ihren Kolleginnen. So berichtet eine Hebamme von der Konsultation einer zweiten Kollegin, die aufgrund entsprechender Zusatzqualifikation eine Wöchnerin mit massiven Brustproblemen mit Laserakupunktur behandeln konnte. Wichtig ist den Hebammen, dass der gegenseitige Austausch im Kontext einer wertfreien Kommunikation erfolgt und die Unterstützungsleistung nicht darauf abzielt, einer Kollegin Wissenslücken vorzuhalten. Der Austausch mit Kolleginnen bietet den Hebammen auch eine Entlastung von der alleinigen Verantwortung in einer schwierigen Situation. Die Reflexion des eigenen Handelns durch Angehörige der eigenen Berufsgruppe wirkt sich positiv auf das berufliche Selbstbewusstsein aus.

Arbeiten Hebammen allein, haben sie häufig keine Informationen über die Arbeitsweisen anderer Kolleginnen. Daher antworten Hebammen auf die primär nach dem beruflichen Selbstverständnis ausgerichtete Interviewfrage: „*Was machst Du denn anders als andere Kolleginnen?*“, dass sie die Arbeitsweise anderer Kolleginnen nicht kennen. Bestand während der Ausbildung keine Möglichkeit, im Rahmen eines Externats von einer erfahrenen Hebamme zu lernen, haben die meisten Hebammen noch keinen Hausbesuch einer Kollegin erlebt. Obwohl Interesse besteht, sind gegenseitige Hospitationen nicht üblich. Teilweise erfahren Hebammen durch die betreuten Frauen über Arbeitspraktiken anderer Kolleginnen. Vergleiche wie „*ach, das hat meine Hebamme aber anders gemacht*“, werden von den Frauen bei einer Vertretung oder nach einem Hebammenwechsel in der folgenden Schwangerschaft angesprochen.

Auch für Hebammen, die nicht im Team arbeiten, ergeben sich beispielsweise in Qualitätszirkeln Möglichkeiten für einen interdisziplinären Austausch. Hier werden neben Fallbesprechungen auch neu erworbene Wissensbestände, beispielsweise von einer aktuellen Fortbildung, untereinander weitergegeben und Möglichkeiten für einen wechselseitigen Austausch geschaffen.

Einige Hebammen distanzieren sich auch von Kolleginnen, die dem Wochenbett nicht den Wert beimessen, den sie selbst für richtig halten.

Also ich hab eine Kollegin/ und man hört dann von den Frauen ja hinten rum ganz viel, hier kennt ja jeder jeden. Und dann: Ja, nein, meine Hebamme, die war immer nur zehn Minuten da und die hat die Jacke nicht ausgezogen. Die hat immer nur kurz gewogen und/ Ach nein, die ruf ich jetzt nicht an wegen Beikost, weil die hat immer so viel zu tun.

Die Hebamme kritisiert an dieser Stelle eine Kollegin, die laut Aussage einer von ihr betreuten Frau, Hausbesuche in sehr kurzer Zeit absolviert und kaum ansprechbar ist. Dies entspricht nicht ihrem Betreuungsverständnis. Eine andere Hebamme erlebt das Unverständnis von Kolleginnen, wenn sie Frauen nach der Geburt entsprechend dem gesetzlich vorgegebenen Betreuungsrahmen zwei Monate lang besucht. Eine weitere Interviewpartnerin hat das Gefühl, dass Kolleginnen im Wochenbett häufig „fürchterlich schlechte Arbeit“ leisten. Auch sie beruft sich dabei auf Rückmeldungen von Frauen, die unzufrieden mit dem Umfang der Hebammenbetreuung einer Kollegin waren. „[...] die war zweimal da. Und das finde ich schade“.

Interdisziplinäre Vernetzung

Ein wichtiger Bestandteil der freiberuflichen Hebammenpraxis ist ein gut ausgebautes, interdisziplinäres Netzwerk. Laut Berufsordnung sind Hebammen verpflichtet, bei Auftreten von Regelwidrigkeiten bei Mutter und Kind eine ärztliche Berufsgruppe hinzuzuziehen.

Weil da bin ich nicht ausgebildet und das ist ja auch, steht ja auch in der Berufsordnung eigentlich für normale Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Alles, was dann ins Pathologische abweicht, muss ja überwiesen werden. Und ich finde das auch richtig. Ja.

Wie im Zitat erwähnen viele Hebammen, dass sie für *normale* aber nicht für *pathologische* Wochenbettverläufe zuständig sind. Dementsprechend sind häufige interdisziplinäre Kontakte zu Fachärztinnen und -ärzten erforderlich.

Die Gründe für die Anforderung von ärztlicher Unterstützung sind vielseitig und lassen sich anhand der Erzählungen der Interviewpartnerinnen beispielhaft folgendermaßen auflisten:

- wenn die Behandlungsmaßnahmen der Hebamme erfolglos waren und keine Besserung eintritt, z.B. bei Rückbildungsstörungen oder bei mangelnder Gewichtszunahme des Kindes,
- wenn pathologische Verläufe diagnostiziert werden, z.B. Kinder mit Verdacht auf Hyperbilirubinämie oder Frauen mit Verdacht auf Mastitis
- wenn Zusatzsymptome auftreten, z.B. Fieber,
- wenn für ein gesundheitliches Problem keine Ursache ersichtlich ist,
- wenn nach Meinung der Hebamme die Gabe eines Antibiotikums erforderlich ist,
- wenn die Hebamme sich absichern möchte,

- wenn die Hebamme selber nicht erreichbar ist,
- wenn übermäßig viele Hebammenbesuche bei der Frau notwendig waren,
- wenn die Hebamme das Gefühl hat, ihre Glaubwürdigkeit wird angezweifelt und ihre Beurteilung der Situation der Frau nicht ausreicht,
- wenn die Hebamme kein Vertrauen in die Frau hat und deren Bereitschaft zum Befolgen ihrer Ratschläge anzweifelt.

Bevor Hebammen ihre Klientinnen an andere Berufsgruppen weiterleiten, versuchen sie den Rahmen ihrer Möglichkeiten zur Unterstützung und Behandlung von Problemen auszuschöpfen und die auftretenden Probleme mit den Frauen selbst zu klären. Die Abwägung für eine Empfehlung, eine Ärztin/einen Arzt bzw. eine Klinik aufzusuchen, ist immer eine Einzelfallentscheidung, geschieht jedoch in der Regel anhand bestimmter Kriterien. Diese Kriterien werden von Hebammenseite entweder beobachtet, erfragt oder auch von den Frauen telefonisch übermittelt.

Also ich schicke die Kinder in die Klinik, wenn ich sie extrem gelb finde, also wenn ich es nicht mehr selber einschätzen kann, wenn sie parallel dazu Gewicht abnehmen, statt zunehmen, wenn sie nicht mehr ausscheiden oder mäßig ausscheiden und wenn sie ungenügend trinken. Also wenn ich mit dem Trinkverhalten vom Kind nicht zufrieden bin. Und es sich zu selten meldet. Dann schicke ich sie auf jeden Fall.

Im zitierten Fallbeispiel geht es um den Verdacht der Hebamme auf eine Hyperbilirubinämie beim Kind. Das Auftreten mehrerer spezifischer Symptome führt dabei zur Entscheidung, Mutter und Kind in eine Klinik zu schicken. In einem anderen Fall reichen der Hebamme telefonisch übermittelte Kriterien für die Weiterleitung.

Also wenn die Frauen mich anrufen und sagen: Mein Kind hustet. Und das macht so komische Atemgeräusche. Sag ich auch: Okay ist nicht mehr meine Baustelle, dann fahr einmal zum Kinderarzt, lass es abhören. Vielleicht ist es nichts Schlimmes, aber dass es zumindest noch mal jemand gesehen hat.

Für diese Hebamme gehört eine Erkältung des Kindes nicht mehr in ihren Zuständigkeitsbereich. Sie versucht, die Mutter zu beruhigen „vielleicht ist es nichts Schlimmes“, und will sich aber gleichzeitig absichern „dass es zumindest noch mal jemand gesehen hat.“ Ihrer Meinung nach reicht eine alleinige Weiterleitung jedoch oft nicht aus. Entscheidend ist es, die richtige Bezugsperson zu kontaktieren und sich im Idealfall mit der diensthabenden Kinderärztin/ dem diensthabenden Kinderarzt in Verbindung zu setzen.

Sehr häufig und oft mit guten Resultaten werden Mütter mit Kindern, die außergewöhnlich viel schreien, zu einer Osteopathin/einem Osteopathen geschickt.

Jetzt ist es wirklich so, dass sie ja überall aus dem Boden hervorstechen und in jedem Ort hat man drei Stück. Und das zumindest, das find ich ja ganz positiv, die Entwicklung, dass es eben auf Akzeptanz trifft. Ganz im Gegenteil sie ja mittlerweile das Verlangen haben dort hinzugehen und schon mal gehört haben.

Im zitierten Textbeispiel wird deutlich, wie gesellschaftliche Vorstellungen sich auch auf die Wochenbettkultur auswirken. Während es früher als exotisch galt, sich oder sein Kind osteopathisch behandeln zu lassen, beschreibt diese Hebamme mittlerweile ein Verlangen der Wöchnerin nach dieser alternativen Behandlungsmethode. Obschon Hebammen dafür ausgebildet sind, Rückbildungskurse zu geben und Frauen zur Beckenbodengymnastik anzuleiten, werden Frauen mit extremen Beckenbodenproblemen mitunter auch zu Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten weitergeleitet. Auch im Rahmen der Stillbegleitung, die einen großen Teil der Wochenbettbetreuung einnimmt, greifen Hebammen gelegentlich auf die Unterstützung einer Stillberaterin zurück. Obwohl die Vernetzung mit Psychologinnen/Psychologen für Hebammen in ländlichen Regionen oft schwierig ist, helfen persönliche Kontakte, diese im Bedarfsfall auch kurzfristig kontaktieren zu können.

Erleben der berufsübergreifenden Zusammenarbeit

Die Erfahrungen, die Hebammen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen machen, sind unterschiedlich und werden teilweise positiv, aber oft auch negativ bewertet.

Mehrheitlich wird berichtet, dass der Besuch bei der Kinderärztin/beim Kinderarzt anlässlich der Vorsorgeuntersuchung U3 bei der Mutter anschließend Bedarf erzeugt, die Hebamme zu kontaktieren, um Fragen und Verständnisprobleme zu klären. Oftmals führen gegensätzliche Ratschläge beteiligter Gesundheitsprofessionen zur Verunsicherung der Mütter. Viele Kinderärztinnen und Kinderärzte beraten dahingehend, vollgestillte Kinder bereits vor dem sechsten Lebensmonat zuzufüttern. Dies wird von den Hebammen als kontraproduktiv für den Stillprozess bewertet.

Weil die Kinderärzte nur ihre Tabellen [Gewichtstabellen – Anm. d. Verf.] sehen, also wir haben, es gibt wenig Kinderärzte, die, wenn das Kind nicht nach Tabelle zugenommen hat, dann trotzdem sagen, wir warten mal ab. Haben sie eine Hebamme? Kommt die zum Wiegen oder so. Sondern da muss sofort zugefüttert werden und das viel zu schnell Beikost empfohlen wird. Das finde ich eigentlich traurig.

Die Interviewpartnerin bemängelt neben der ausschließlichen Fokussierung auf das kindliche Gewicht auch die fehlende Wertschätzung der Hebammenarbeit. Eine andere Hebamme beschreibt in diesem Zusammenhang, wie sie Unsicherheiten nach dem Be-

such bei der Kinderärztin/dem Kinderarzt aufzulösen versucht und der Frau eine informierte Entscheidung ermöglicht. Unabhängig von Gewichtstabellen klärt sie die Eltern über Entwicklungskriterien des Kindes auf, die eine Entscheidung für oder gegen das Zufüttern unterstützen. Auch weitere kinderärztliche Ratschläge beispielsweise zum Schlafprozedere oder Stillprozess stehen häufig konträr zur Hebammenberatung und sorgen für eine Verunsicherung der Frauen. So nutzen viele Hebammen die Gelegenheit, um Eltern im Vorfeld auf den Besuch bei der Kinderärztin/beim Kinderarzt zur U3 vorzubereiten und sie auf bestimmte Themen, die angesprochen werden könnten, hinzuweisen. Positive Erfahrungen bei der Zusammenarbeit wirken sich auf die weitere Zusammenarbeit und gegenseitige Empfehlungen aus.

Eine gute Vernetzung mit Fachärztinnen/Fachärzten für Gynäkologie- und Geburtshilfe wird von den Hebammen ebenfalls als wichtig eingeschätzt. Die Umsetzung in der Praxis wird jedoch unterschiedlich erlebt.

Ja, also es gibt Frauenärzte, die arbeiten unkompliziert mit Hebammen zusammen und es gibt Frauenärzte, die finden uns eine Zumutung, würde ich einfach mal so sagen. Die sehen uns als Konkurrenz an.

Das von dieser Hebamme angesprochene Konkurrenzdenken bezieht sich hier auf die Schwangerenvorsorge, die von Ärztinnen/Ärzten und Hebammen, bis auf die Ultraschalluntersuchungen, gleichermaßen durchgeführt werden kann. In der Zusammenarbeit wird beklagt, dass Ärztinnen und Ärzte oft nicht umfassend über die Medikamentengabe in der Stillzeit informiert sind und es daher viele Unstimmigkeiten gibt.

Grundsätzlich haben die Hebammen das Gefühl, dass die Zusammenarbeit mit jungen Ärztinnen und Ärzten besser funktioniert als mit „Alteingesessenen“, die eher skeptisch auf die Zusammenarbeit reagieren. Allerdings bestehen auch von Hebammenseite Vorbehalte gegenüber der ärztlichen Berufsgruppe. Eine Hebamme spricht in diesem Zusammenhang von „Berührungsängsten“, daher kontaktiert sie bei Unklarheiten eine Hebammenkollegin.

Hebammen, die in ländlichen oder städtischen Regionen arbeiten, haben unterschiedliche Möglichkeiten der beruflichen Vernetzung. Auf dem Land gibt es deutlich weniger niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte als im städtischen Raum, was zu Versorgungsproblemen führen kann. Entspricht beispielsweise die/der einzige niedergelassene Kinderärztin/Kinderarzt nicht den professionellen Vorstellungen der Hebamme, weiß diese nicht, wen sie empfehlen oder an wen sie sich wenden kann. Auch andere Ge-

sundheitseinrichtungen sind auf dem Land ebenfalls spärlicher vorhanden. Jedoch treten auch in Regionen mit einer Dichte an gesundheitlichen Einrichtungen zu bestimmten Zeitpunkten Versorgungsprobleme auf.

Also es gibt ja diese Krisenberatungsstellen, gerade, also ich finde das ganz schwierig bei psychisch Kranken, ja, dass am Wochenende kaum jemand zu erreichen ist. Es gibt über die Polizei so eine Stelle, aber wenn ich ein akutes Problem habe, wo geht die hin, ja?

Die zitierte Hebamme findet am Wochenende keine Unterstützung für eine Frau mit akuten psychischen Problemen. Problematisch ist dies vor dem Hintergrund, dass es für freiberuflich tätige Hebammen offensichtlich grundsätzlich schwierig ist, psychisch auffällige Frauen mit ihren Kindern in eine Klinik einweisen zu lassen. So berichtet eine Hebamme von einer Frau mit einer depressiven Erkrankung:

Und es wurde akut am Wochenende. Und das war/ fühlte sich überhaupt keiner zuständig. Und man stand ziemlich alleine damit. Das war dann, dass wir eine Klinik hier in (Ort E), die eine/ ja, die eine Station hat für psychische Probleme, sage ich mal, die meinten: Ja, was denken Sie sich denn eigentlich? Es ist Wochenende, wir haben den Notdienst, die kann nicht einfach mal vorbeikommen. Wenn Sie meinen, die muss hier hin, dann müssen Sie sie einweisen lassen. Wo die Frau nur ganz klar gesagt hat: Nein, einweisen lass ich mich nicht, ich geh nicht in eine Geschlossene. (.) Das war echt ziemlich blöd. Weil keiner meinte, er wäre zuständig.

In dieser Sequenz wird nicht nur die Verantwortung der Hebamme in einer akuten Betreuungssituation, sondern auch ihre Machtlosigkeit deutlich. Mehrfach wiederholt sie, dass sich „überhaupt keiner“ zuständig fühlte und sie „ziemlich alleine“ dastand. Trotz der bewussten Entscheidung der erkrankten Frau, sich nicht in eine geschlossene Abteilung einweisen zu lassen, fühlte sich die Hebamme für die Situation zuständig. Diese Situation konnte von der Hebamme erst nach dem Wochenende geregelt werden. Obwohl das Kind bereits vier Wochen alt war, wurde die Frau schließlich so lange auf der Wochenbettstation versorgt, bis ein Platz in der offenen Abteilung einer psychiatrischen Station frei wurde. Durch den Umstand, dass die Hebamme in der Klinik bekannt war, war diese Lösung möglich geworden.

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung

Vor dem Hintergrund, dass der Beginn der häuslichen Wochenbettbetreuung mit der Schnittstelle zwischen klinischem und ambulantem Versorgungsbereich zusammenfällt, ist die sektorenübergreifende Vernetzung der Hebammen ebenfalls von Bedeutung. Im Folgenden werden sowohl die Möglichkeiten der Vernetzung mit dem klinischen Be-

reich als auch die Einschätzungen der Hebammen zur Betreuung von Mutter und Kind im Klinikbereich dargestellt.

Das nachfolgende Beispiel veranschaulicht die Heterogenität vier nahe nebeneinander liegenden Kliniken, die von der Hebamme von sehr gut bis extrem schlecht bewertet werden.

Aber im (Klinik B) war es wirklich eine Katastrophe. (Klinik C) zum Beispiel, finde ich, geht. (Klinik D) kannst du total vergessen. Und (Klinik E) muss ich echt sagen: Die geben sich wirklich Mühe. Die machen das wirklich schön. Also das ist wirklich von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich; ne.

Insgesamt bewerten Hebammen die klinische Wochenbettbetreuung teilweise positive und teilweise negativ. Ein wichtiger Aspekt dabei ist das Stillmanagement auf der Wochenbettstation. Die Gestaltung des Beginns des Stillprozesses und die Begleitung der Stillbeziehung durch Hebammen, Pflegepersonal und Ärztinnen/Ärzten auf der Station haben einen entscheidenden Einfluss auf den weiteren Stillverlauf. Da die Stillberatung einen wesentlichen Anteil der Arbeit in der ambulanten Wochenbettbetreuung ausmacht, wird eine gute Stillberatung in der Klinik auch als Entlastung für die eigene Arbeit gesehen. Mehrheitlich wird jedoch kritisiert, dass die Stillberatung in der Klinik nicht optimal funktioniert und Mutter und Kind häufig mit Stillproblemen entlassen werden. Ein Hauptproblem ist nach Meinung der Hebammen die Zufütterung von Tee und Zuckerlösungen bei gestillten, gesunden Neugeborenen. Obwohl durch die zunehmende Etablierung stillfreundlicher Krankenhäuser in den letzten zehn Jahren bereits einige Verbesserungen erreicht und Frauen vermehrt mit guten Stillerfahrungen aus der Klinik entlassen wurden, sehen Hebammen Verbesserungspotentiale.

Positiv von den Hebammen bewertet wird, wenn in der Klinik „*alle an einem Strang ziehen*“. Sie erleben häufig, dass die Frauen durch viele unterschiedliche Meinungen verwirrt werden und keine einheitlichen Handlungsorientierungen des Personals erkennbar sind. Selbst in zertifizierten babyfreundlichen Krankenhäusern mit klaren Vorgaben zur Stillberatung werden abweichende Meinungen kommuniziert. Dadurch werden die Frauen teilweise als „*superunsicher*“ wahrgenommen. Vor diesem Hintergrund ist es den Hebammen wichtig, den Frauen zu vermitteln, dass es nach der Entlassung nur noch eine Botschaft gibt, an der sie sich orientieren können.

Verbesserungsmöglichkeiten werden zudem im Bereich der Informationsweitergabe gesehen. Oftmals gibt es keine angemessene Übergabe aus der Klinik, weder von Seiten der ärztlichen Berufsgruppe noch vom Pflegepersonal zur ambulant tätigen Hebamme.

Die Dokumentationen im Mutterpass und im Kinderuntersuchungsheft bewerten die Hebammen als nicht ausreichend für die Einschätzung des Betreuungsverlaufs. Während die/der behandelnde niedergelassene Gynäkologin/Gynäkologe einen Entlassungsbrief bekommt, ist dies für Hebammen in der Regel nicht vorgesehen. Aufgrund der mangelnden Information müssen Hebammen andere Wege gehen, die Situation einzuschätzen.

[...] ich frage halt viel, wie ist es da gewesen und hat man dir das und das gezeigt? Oder was hat man dir zur Nabelpflege gesagt, was hat man dir dazu gesagt, wie du deine Naht pflegst, versorgst? So, ich erfrage das alles.

Wenn nach solchen Fragen noch etwas unklar ist, ruft die Hebamme auch in der Klinik an. Zusätzlich kopiert sie sich, mit Zustimmung der Frau, den an die niedergelassene Gynäkologin/ den niedergelassenen Gynäkologen gerichteten Entlassungsbrief. Die meisten Hebammen halten ein, dem Entlassungsbrief ähnliches Übergabedokument für sinnvoll. Allerdings sollte dieses Dokument zusätzliche Informationen zum bisherigen Wochenbettverlauf sowie Angaben zur Gewichtsentwicklung des Kindes, zur Ernährung und zum Stillprozess enthalten. Positiv wird über eine Klinik berichtet, die den Frauen ein Stillprotokoll aushändigt, das alle wichtigen Informationen zum bisherigen Stillverlauf enthält. Förderlich für die Betreuungsüberleitung ist auch, wenn Hebammen bei bestimmten Problemen von Mutter und Kind von der Klinik telefonisch vorinformiert werden. Das nachfolgende Beispiel zeigt jedoch, dass diese Informationsweitergabe nicht immer umfassend und lückenlos erfolgt.

Die haben, nein, die haben mich nur angerufen, ob ich die Nachsorge übernehmen könnte kurzfristig, und dann habe ich gesagt, ja, gut, okay, kann ich machen. Ja und mich hat dann aber so ein bisschen der Schlag getroffen, ja, weil es da eigentlich keine ordentliche Übergabe gab, das habe ich mir nachher alles so zusammengesucht.

Diese Hebamme stellt gleich beim ersten Hausbesuch Auffälligkeiten beim Kind fest. „Das schrie ganz schrill, das war so mickrig“ und „also das war nicht normal.“ Der Verdacht der Hebamme zum Vorliegen eines Fetalen Alkohol Syndroms bestätigt sich, als sie im Kinderuntersuchungsheft einen auffälligen Schädelsonographie-Befund entdeckt und ihr auf Nachfrage in der Klinik von Alkoholproblemen der Familie berichtet wird. Da ihr beim ersten Telefonat mit der Klinik nur mitgeteilt wurde, dass das Kind klein wäre, die Familie aus prekären Verhältnissen käme und die Hebamme Gewicht und Hautfarbe des Kindes beobachten soll, wurden ihr wichtige Hinweise vorenthalten. Das nachträgliche „Zusammensuchen“ relevanter Informationen verzögerte die Ein-

schätzung der Situation und behinderte die lückenlose Weiterführung einer angemessenen Betreuung

Hebammen bewerten die Betreuung in manchen Kliniken als oberflächlich und müssen daher viel nacharbeiten und relativieren. Als Erklärung für die suboptimale klinische Betreuung wird neben den bereits angesprochenen divergierenden Beratungsinhalten auch die Personalsituation verantwortlich gemacht. *„Keiner hat Zeit sich eine Stunde ans Bett zu setzen, bis dieses Kind richtig angelegt ist.“* Das sich hier offenbarende Verständnis für die Arbeitssituation in der Klinik versucht eine Hebamme werdenden Eltern bereits vor der Geburt zu vermitteln.

Und ich sage auch, je nachdem, an wen ihr da geratet, kann das schon mal sein, dass man euch da nicht so viel hilft. Sage aber auch, das ist ja oft nicht böse gemeint, manchmal hat die einfach auch keine Zeit.

Um dem Personalmangel entgegenzuwirken schlägt eine andere Hebamme eine Etablierung von Gruppen und Stillkreisen vor, in deren Kontext Beratungsthemen aufgegriffen werden könnten. Weiterhin nutzen die Hebammen die Möglichkeit, Besuche bei den von ihnen betreuten Frauen in der Klinik durchzuführen, die nach der Hebammenvergütungsvereinbarung offiziell abrechenbar sind.

Das nehmen die dankend an und wenn was ist, also ich hatte jetzt einen Fall, da bin ich dann an drei Tagen hintereinander gleich nach der Geburt und zwei Tagen nochmal abends immer hingefahren und saß da bis anderthalb Stunden. Aber wir haben das Kind rangekriegt und das war ein supertolles Wochenbett dann.

Die hier dargestellte Unterstützungsleistung beim Stillen stellt sich mit insgesamt fünf Besuchen in den ersten drei Tagen post partum als sehr zeitaufwendig und intensiv dar. Jedoch hat sich der Aufwand gelohnt, denn die Frau war dankbar und es war danach *„ein supertolles Wochenbett“*. Dieses wäre möglicherweise anders verlaufen, wenn sich die Hebamme nicht so zeitig und intensiv engagiert hätte. Vom Klinikpersonal werden die Besuche durch freiberufliche Hebammen allerdings nicht immer positiv bewertet, besonders dann nicht, wenn die freiberufliche Hebamme dem Klinikpersonal Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Konkurrenzdenken und Abgrenzung eigener Arbeitsbereiche stehen bei dieser Haltung möglicherweise im Vordergrund.

Für eine gute Vernetzung sind persönliche Kontakte von großer Bedeutung. Dass eine Vernetzung zwischen dem angestellten Personal und freiberuflichen Hebammen möglich ist, zeigt das Beispiel eines babyfreundlichen Krankenhauses, in dem ein bis zwei

Mal im Jahr freiberufliche Hebammen zu einem Austausch mit Angestellten der Klinik eingeladen werden. Dieser enge Kontakt wird von den Hebammen als sehr hilfreich empfunden. Hebammen, die sowohl in der Klinik als auch freiberuflich arbeiten, erfahren eher Unterstützung bei Problemen im ambulanten Bereich. Dies betrifft nicht nur die Vermittlung medizinischer Versorgungsleistungen, wie die vorher erwähnte Aufnahme einer Frau mit psychischen Problemen auf eine normale Wochenbettstation, sondern auch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Hebammen können die Mütter und Kinder zur Absicherung ihnen bekannten ärztlichen Kollegen in der Klinik vorstellen. Diese Zusammenarbeit funktioniert oft besser, als die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten vor Ort.

Ja, mit den Niedergelassenen haben wir/ oder hab ich keinen Kontakt. Also dann kommt die Frau zurück oder so, ist irgendwas passiert, und meistens ist es das, was man vorher eigentlich nicht wollte, wenn /dann hieß es: Naja, dann stillen Sie mal besser ab oder so. In der Klinik kann man es dann doch eher noch mal ein bisschen mit beeinflussen.

Die Erfahrung der zitierten Hebamme ist, dass sie Behandlungsverläufe in der Klinik mit steuern kann, was bei den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten nicht möglich ist. Sie wählt die Termine der Frauen so, dass sie selber im Dienst ist und daher Einfluss nehmen kann. Eine andere Hebamme sieht den Vorteil ihrer parallelen Klinik Tätigkeit zudem darin, dass sie Informationen über den Wochenbettverlauf der von ihr ambulant weiterbetreuten Frauen erhält.

In allen Interviews werden die Vorteile ambulanter Geburten, bei denen Mutter und Kind noch am Tag der Geburt, frühestens jedoch drei Stunden post partum aus der Klinik entlassen werden, gegenüber einem längeren stationären Aufenthalt hervorgehoben. Grundsätzlich werden Wochenbettverläufe nach ambulanten Geburten von den Hebammen als unkomplizierter eingeschätzt. Sie verbinden damit ein stärkeres mütterliches Wohlbefinden, einen geringeren Gewichtsverlust beim Neugeborenen sowie bessere Bedingungen für ein Bonding zwischen Mutter bzw. Eltern und Kind. Außerdem zeigen sich auch Vorteile für die Hebammen.

[...] mag ich lieber weil der Wochenbettverlauf für mich finde ich schöner ist, weil es einheitlicher ist.

„Einheitlicher“ bedeutet in diesem Zusammenhang auch, dass die Hebamme weniger abweichende Ratschläge von Klinikpersonal aufarbeiten muss. Die bewusste Entscheidung für eine ambulante Geburt, geht nach Meinung einer Hebamme einher mit einer

stärkeren Offenheit für eine Beratung. Die Möglichkeit einer ambulanten Geburt wird von den Hebammen bereits vor der Geburt mit den Frauen besprochen und mehrheitlich empfohlen. Dennoch ist den Hebammen bewusst, dass eine ambulante Geburt nicht für alle Frauen die beste Lösung ist und gewisse familiäre Situationen eine ambulante Geburt ausschließen. War die Entscheidung für eine ambulante Geburt nicht von Anfang an geplant, werden Mutter und Kind in Abhängigkeit struktureller Bedingungen der Klinik direkt nach der Geburt oder erst nach ein paar Tagen entlassen.

Wo ich mir denke häh, vor zwei Wochen hörte sich das noch ganz anders an, was ist denn jetzt los? Das ist ganz lustig, wie sie anscheinend gerade Betten haben.

Bei Müttern und Kindern nach einem mehrtägigen problematischen Klinikaufenthalt verfolgen Hebammen verschiedene Strategien. Eine Hebamme motiviert die Frauen bei einer großen Unzufriedenheit, eine E-Mail als Rückmeldung an die Klinik zu schreiben. Diese Empfehlung wird nach Erfahrung der Hebamme allerdings selten umgesetzt. Eine andere Hebamme plädiert für ein ausführliches Abschlussgespräch der Frau mit der Klinik. Zusätzlich empfiehlt auch sie Frauen, die das Erlebte nicht verarbeiten können, einen Brief an die Klinik zu schreiben und somit die Probleme an diejenigen zu adressieren, die dafür zuständig sind. Die zu klärenden Fragen betreffen nicht ausschließlich Erfahrungen auf der Wochenbettstation. Oftmals geht es auch um das Erleben der Geburt. Die Erfahrungen einer Hebamme zeigen, dass Frauen verschiedene Strategien zur Verarbeitung eines negativen Geburtserlebnisses haben. Während manche Frauen bewusst beim zweiten Kind wieder in dieselbe Klinik gehen, in der Hoffnung ihre Erlebnisse gewissermaßen zu „neutralisieren“, entscheiden sich andere Frauen bewusst dagegen.

Vernetzung in den Frühen Hilfen

Im Rahmen einer berufsgruppenübergreifenden Vernetzung ist für ambulant tätige Hebammen auch die Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen und Einrichtungen im Netzwerk *Frühe Hilfen* relevant. Durch die aufsuchende Form der Betreuung erleben Hebammen Mutter und Kind in deren unmittelbaren familiären Situation. Dadurch ist es ihnen eher als anderen Berufsgruppen möglich, Anzeichen von Kindeswohlgefährdungen frühzeitig zu erkennen und Familien in schwierigen Lebenslagen unterstützende Angebote zu empfehlen. Sind die Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung nicht ein-

deutig, versuchen Hebammen sich durch die Netzwerke *Frühe Hilfen* Klärung zu verschaffen.

Eine Hebamme gibt präventiv Visitenkarten von in der Stadt ansässigen Mütterberatungsstellen weiter, um Frauen auf einen möglichen Routinebesuch bei der Beratungsstelle vorzubereiten. Eine weitere Hebamme empfiehlt bei sich anbahnenden schwierigen Situationen den Frauen sich frühzeitig an eine psychosoziale Beratungsstelle zu wenden. Einige Hebammen arbeiten auch mit dem Jugendamt und dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) zusammen. Diese Zusammenarbeit wird von Hebammen dann als gut beschrieben, wenn ein wechselseitiger Austausch und bei Bedarf eine gegenseitige Kontaktaufnahme erfolgt.

Selbst die rufen uns manchmal an, wenn sie eine Frau haben, die vielleicht noch der Betreuung bedarf und oder den Kinder- und Jugendsozialdienst rufen wir an, wenn wir denken, da müsste mal einer schauen.

Dabei erleichtern persönliche Kontakte den gegenseitigen Austausch und das Einbeziehen unterstützender Angebote.

[...] also ich hatte da relativ früh den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst mit reingezogen. Zu denen habe ich in (Stadtbezirk C) einen ganz guten Draht.

Die zitierte Sequenz lässt vermuten, dass die Hebamme anders gehandelt hätte, wenn sie nicht so „einen ganz guten Draht“ zu der Institution gehabt hätte.

Die Zusammenarbeit von Hebammen und Familienhebammen ist je nach Bundesland unterschiedlich geregelt. In einigen Regionen wird die Koordination der Familienhebammen über den Landkreis geregelt. Eine Hebamme, die im selben Kreißsaal mit einer Hebamme/Familienhebamme zusammenarbeitet, vermittelt die zu betreuenden Familien direkt von Kollegin zu Kollegin. Sie empfiehlt beispielsweise einer jungen Mutter mit zwei Kindern, deren häusliches Umfeld sie als „sehr chaotisch“ einschätzt, eine Familienhebamme hinzuzuziehen. Während sie die Mutter acht Wochen im Wochenbett betreut, kommt die Familienhebamme zusätzlich in dieser Zeit. Danach übernimmt die Familienhebamme die Betreuung komplett. Dieses unkomplizierte Vorgehen, wird von der Hebamme positiv bewertet und wirkt sich entlastend auf ihre professionelle Verantwortung aus. Grundsätzlich halten die Hebammen, auch im Sinne der Vertrauensbildung, eine parallele Betreuung durch Hebamme und Familienhebamme für sinnvoller als die Familienhebamme erst nach Ablauf der regulären Wochenbettversorgung hinzuzuziehen.

Im Rahmen der Wochenbettbetreuung werden Hebammen immer wieder mit Frauen und Familien, die sich in aktuellen Krisen oder in dauerhaft belastenden Situationen befinden, konfrontiert.

Also, wir haben immer/ immer wieder schwierige Fälle und immer wieder, wo wir jemand hinzuziehen müssen.

Bei Auffälligkeiten in einer Familie ist es für Hebammen oft schwierig Wege zu finden, wie eine Unterstützung der Familie erfolgen kann ohne gleichzeitig ihre Schweigepflicht zu ignorieren. Dies zeigt das erwähnte Fallbeispiel, in dem die Hebamme ein Fetales Alkohol Syndrom (FAS) bei einem Kind vermutet.

Ich konnte dann aber auch nicht sagen und das habe ich dem Jugendamt auch gesagt, das ist jetzt ein Alkoholikerkind, die Diagnose kann ja nur ein Arzt stellen, ja. Ich habe nur das Gefühl, dass es so eins ist und dass diese Familie Unterstützung bräuchte. Und da sagte, meinte die vom Jugendamt, solange ich nicht da eine Flasche sehe oder Beweise erbringe, können sie da nichts gegen den Willen der Familie machen. Furchtbar alles, furchtbar. (...) So.

Obwohl die Hebamme die Auffälligkeiten beim Kind richtig interpretiert, fühlt sie sich auf zwei Ebenen handlungsunfähig. Einerseits dadurch, dass Hebammen keine medizinischen Diagnosen stellen dürfen, und zum anderen, in dem sie vom Jugendamt nicht die erforderliche Unterstützung bekommt. Diese Konstellation ist für sie „furchtbar“. Unabhängig von der fehlenden Diagnose der Kinderärztin/ des Kinderarztes, lässt die Reaktion des Jugendamtes auf eine mangelnde Anerkennung der beruflichen Kompetenz der Hebamme schließen. Verbesserungspotential hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt wird auch in einem anderen Zusammenhang gesehen. Einer Hebamme fällt auf, dass sobald das Jugendamt hinzugezogen wird, die Frauen oft angehalten werden, nicht mehr zu stillen, sondern ihre Milch abzupumpen. Hebammen sehen hier den Vorteil des Stillens hinsichtlich der Förderung eines Beziehungsaufbaus zwischen Mutter und Kind durch das Füttern mit der Flasche als gefährdet an.

Eine weitere Hebamme beklagt fehlende Kapazitäten des Jugendamtes in ihrer Region. In Fällen, in denen aus einer überfordernden familiären Situation eine Kindeswohlgefährdung entstehen könnte, bleibt auch nach ihrem Hinweis beim Jugendamt die erforderliche Unterstützung für die Familie oft aus, weil die Mitarbeiter „hoffnungslos überfordert“ sind. Für die mangelhafte Umsetzung der finanziellen Regelung der Tätigkeit von Familienhebammen auf politischer Ebene zeigt sie wenig Verständnis:

[...] also die Gelder schweben im Raum, wurde auch bei der letzten Landesrats-sitzung bekanntgegeben, aber der Bund schüttet es irgendwie nicht aus.

Eine andere Hebamme stellt fest, dass zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt Aufklärungsbedarf in den Familien besteht, das Amt als Hilfseinrichtung zu akzeptieren und nicht primär davon auszugehen, dass das Kind vom Jugendamt in Obhut genommen wird.

Die verwendeten Begriffe der Hebammen im Zusammenhang mit der Betreuung von Familien in schwierigen Lebenslagen lassen erkennen, dass sie sich oft prekären Situationen gegenüber sehen: *„Da bin ich schier in Ohnmacht gefallen“*; *„Wie kriege ich dieses Kind hier raus?“*, oder es wird von *„grauenvollen Zuständen“* gesprochen. Eine Hebamme berichtet von Konfrontationen mit den Eltern, dem Erleben von Aggressivität, Gewalt und auch Angst. Zudem fühlen sie sich teilweise allein gelassen, *„mir konnte da keiner wirklich helfen“*. Das Erleben von Machtlosigkeit sowie von emotional belastenden Betreuungssituationen weist auf die Notwendigkeit professioneller Unterstützungsangebote für Hebammen hin. Nur eine Hebamme erwähnt, dass sie und ihre Kolleginnen eine Supervision vom Landratsamt bezahlt bekommen. Diese beinhaltet acht Termine im Jahr für jeweils drei Stunden. Möglicherweise führt die fehlende Unterstützung bei emotional schwierigen Arbeitssituationen auch dazu, dass Hebammen bestimmte Vorlieben bezüglich ihrer zu betreuenden Klientel entwickeln. Eine Hebamme vermutet, dass einige ihrer Kolleginnen ungerne sozial auffällige Familien betreuen und erlebt, dass die Vermittlung einer Wochenbettbetreuung für diese Familien schwierig ist. Ihrer Meinung nach ließe sich die Versorgung durch Familienhebammen reduzieren, wenn sich mehr freiberufliche Hebammen zur Wochenbettversorgung von Familien in schwierigen Lebensverhältnissen bereit erklären würden. Auf der anderen Seite wird auch betont, dass viele Familien in Krisensituationen eine Hebammenbetreuung im Wochenbett akzeptierten, während sie weitere Unterstützung, wie einen Familienpflegedienst oder auch ärztliche Hilfe, oftmals ablehnen.

4.6.3 Umgang mit strukturellen Herausforderungen

Die Wochenbettbetreuung hat sich über die Jahre einem Wandel unterzogen. Erst die in den 1980er Jahren getroffene gesetzliche Festlegung, die Wochenbettbetreuung als eine den Hebammen vorbehaltene Tätigkeit anzuerkennen, ermöglichte eine neue Gebührenordnung mit Abrechnung von Hebammenleistungen in diesem Bereich. Durch kontinuierlich verkürzte Liegezeiten von Mutter und Kind in der Klinik, stieg der Bedarf der ambulanten Versorgung immer weiter an und stellte die Hebammen vor neue Herausforderungen.

Und früher lagen die Frauen ja auch wesentlich länger. 7-10 Tage waren die in der Klinik. Da war der Nabel schon abgefallen. Was ja heute nicht so ist. Dann war eine Neugeborenenengelbsucht entweder da und schon behandelt und... Ja, so, da hat sich ja vieles verändert.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung stehen vor allem ein Hebammenmangel sowie eine unzureichende Vergütung der Leistungen im Vordergrund berufspolitischer Diskussionen. Diese Themen spiegeln sich auch in den Interviews mit den Hebammen wider.

Unterversorgung mit Hebammenhilfe

Die befragten Hebammen berichten mehrheitlich, dass sie mehr Anfragen für eine Wochenbettbetreuung bekommen, als sie aus Kapazitätsgründen annehmen können. In diesem Zusammenhang lassen sich verschiedenen Strategien zum Umgang mit der Problematik erkennen. Einige Hebammen versuchen möglichst viele Frauen anzunehmen, um den Bedarf so weit wie möglich abzudecken. Diese Strategie geht aber oft zu Lasten einer individuellen Betreuungsumsetzung. Auf der anderen Seite gibt es die Möglichkeit weniger Frauen anzunehmen und diese entsprechend ihrem Bedarf zu betreuen.

[...] also gerade weil wir hier so die Misere haben, dass wir einfach wenig Kolleginnen sind, die Wochenbett-Betreuung anbieten. (...) Fragt man sich ja immer, nehme ich jetzt ganz viele Frauen an und fahr zu allen nur drei-, vier-, fünfmal hin. Und betreue sie alle ein bisschen. Oder nehme ich nur fünf Frauen an und betreue sie ganz umfassend und möglichst lange und ausführlich [...] Was ist da auch so berufspolitisch der richtige Weg? Ich finde es immer ganz schwierig.

Die zitierte Interviewpartnerin, bei der es sich um eine in einer ländlichen Region praktizierende Hebamme handelt, beschreibt, wie schwierig für sie die Abwägung zwischen den beiden Möglichkeiten ist. Sie erlebt, dass Frauen sich erst melden, wenn „das Kind schon in den Brunnen gefallen ist“. Aufgrund des Hebammenmangels in ihrer Region, ist es ihr nicht immer möglich kurzfristige Betreuungsanfragen zu übernehmen. Vor diesem Hintergrund betrachtet diese Hebamme den einen Appell des DHV e. V., die maximal mögliche Anzahl von Hausbesuchen auszunutzen, kritisch. Auch andere Hebammen empfinden eine Konzentration der Hebammenarbeit auf wenige Frauen als nicht optimal, da dies bedeutet, dass andere Frauen unter Umständen ohne Wochenbettbetreuung bleiben. Eine andere Hebamme, die in einer Praxisgemeinschaft in einer Großstadt tätig ist, versucht trotz vieler Anfragen eher weniger Frauen anzunehmen und diese qualitativ gut zu betreuen.

In guten Monaten, wo ich viel arbeiten möchte, nehme ich so fünf bis sechs an. Ich mag es für meine Arbeit aber eigentlich lieber, so dass sie qualitativ auch gut bleibt, ist so ein guter Durchschnitt vier. Weil dann kann ich die auch lange

betreuen [...] als dass ich da irgendwie nur die ersten zwei, drei Wochen tack-tack-tack hingehe und dann sage: Tschüss, ist ja alles gut.

An den letzten beiden Textbeispielen werden regionale Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land deutlich. Nimmt eine Hebamme in einer ländlichen Region eine Frau aus Kapazitätsgründen nicht an, muss sie damit rechnen, dass diese möglicherweise ohne Hebammenbetreuung bleibt. Hebammen in Städten mit einer ausreichenden Hebammendichte können dagegen davon ausgehen, dass die Frauen auch kurzfristig noch alternative Betreuungsangebote finden. In ländlichen Regionen wird auch der Mangel an Kursangeboten durch Hebammen als negativ eingeschätzt. Alternativ zu den fehlenden Geburtsvorbereitungs- sowie Rückbildungskursen werden Frauen auch zum Schwangerschaftsyoga bzw. Rückbildungsyoga geschickt. Dabei handelt es sich um Kurse, die von anderen Berufsgruppen angeboten werden. Aktuelle berufspolitische Überlegungen, den Betreuungszeitraum im Wochenbett auszudehnen werden von den Hebammen kritisch betrachtet. Einige Hebammen argumentieren, dass durch die Verlängerung aus dem normalen Vorgang des Familie-werdens, ein pathologischer Vorgang gemacht wird, der einer ausgedehnten Betreuung bedarf. Dabei besteht die Gefahr einer Bedarfserzeugung. Andere Hebammen kritisieren, dass bereits jetzt, Kolleginnen den aktuell vorgegebenen Zeitraum nicht ausschöpfen.

Der Hebammenmangel führt möglicherweise auch dazu, dass eine Urlaubsvertretung nicht immer umsetzbar ist. So berichtet eine Hebamme von Kolleginnen, die es nicht einrichten können, andere Hebammen zu vertreten. Grundsätzlich müssen viele Hebammen, ähnlich wie andere freie Berufsgruppen, langfristig planen, wenn sie Urlaub nehmen wollen.

Wenn ich in Urlaub gehe, dann nehme ich einfach schon quasi den ganzen Monat nichts an. Lass meine Frauen, die ich aus dem Vormonat habe, die lass ich einfach solange alleine. Die sollen sich in der Klinik melden, wenn was ist. Das ist/ ja, ich find es ganz schwierig.

Werden für den kompletten Urlaubsmonat keine Frauen angenommen, ergeben sich daraus auch zu finanziellen Einbußen für die Hebamme.

Vergütung der Leistungen

Hebammen gehen grundsätzlich in Vorleistung und rechnen oft erst nach Beendigung des kompletten Betreuungszeitraums mit den Krankenkassen ab. Beginnt die Betreuung in der Schwangerschaft, wird eine Frau oftmals über einen Zeitraum von sechs Monaten und länger betreut. Erstellt die Hebamme in dieser Zeit keine Zwischenrechnungen,

erhält sie ihre Vergütung erst im Anschluss an den Betreuungszeitraum. Diese Möglichkeit wird nicht immer als bestmögliche Variante gesehen.

Und was ich daran auch schwierig finde, ist das mit der Abrechnung, dass man dann eben zwei Abrechnungen schreiben muss, weil man natürlich der Kasse nicht so lange das Geld da im Säckel lassen will, so.

Die meisten Hebammen haben das Gefühl, dass die in der aktuellen Hebammenvergütungsvereinbarung abrechenbaren Leistungen den Umfang der Betreuungsleistungen gut abdecken. Allerdings zeigen sich Mängel hinsichtlich der Höhe der finanziellen Vergütung. Die abrechenbare Gebühr für einen Hausbesuch im Rahmen der aufsuchenden Wochenbettbetreuung einer gesetzlich versicherten Wöchnerin betrug laut Hebammenvergütungsvereinbarung zum Zeitpunkt der Datenerhebung pauschal 31,28 Euro. Eine Hebamme findet es unverständlich, dass Wochenbettbesuche pauschal vergütet werden und nicht wie in der Schwangerschaft, zwischen normalen Hausbesuchen und Hilfen bei Beschwerden unterschieden wird. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen fühlt sie sich deutlich unterbezahlt.

Na ja, ich finde es frech, dass man/mein Autoschrauber kriegt irgendwie doppelt so viel wie ich (lacht) die Stunde, also der hat auch einen verantwortungsvollen Job, denke ich mir so [...]. Ich will mich jetzt nicht beschweren, weil ich davon gut leben kann, aber ich habe eigentlich auch eine gute Situation durch das/durch die Beleggeburten, habe ich halt viele Vorsorgen. Und mit den Vorsorgen verdiene ich halt Geld und mit dem Wochenbett alleine, also nicht so, wie ich das mache.

Bemerkenswert ist, dass für die zitierte Hebamme ausschließlich die Arbeit im Schwangerenvorsorgebereich nicht aber die Arbeit im Wochenbett finanziell lohnend ist. Durch ihre Arbeit als Beleghebamme hat sie entsprechend viele Vorsorgen. Mit dem Zusatz „also nicht so wie ich das mache“ bezieht sie sich auf Wochenbettbesuche anderer Hebammen, von denen sie gehört hat, dass diese „reinkommen, auf den Bauch drücken, einmal Blutdruck messen, auf den Nabel schauen und wieder gehen“. Obwohl diese Arbeitsweise finanzielle Vorteile mit sich brächte, entspricht dies nicht ihrem beruflichen Selbstverständnis.

Da die Abrechnung über eine private Gebührenordnung der Hebamme gestattet, höhere Gebühren anzusetzen als im Rahmen der Hebammenvergütungsvereinbarung, kann sich die Hebamme im nachfolgenden Zitat mehr Zeit bei der Betreuung einer alleinstehenden Mutter mit Drillingen lassen.

Ja, das ist zufällig eine private Frau, sodass es mich dann auch nicht so schmerzt, wenn ich da länger bin als eine Stunde.

Obschon der Hebamme im Rahmen der Hebammenvergütungsvereinbarung bei einer Wochenbettbetreuung nach Geburt von Zwillingen und mehr Kindern pauschal ein Zuschlag von 10,45 Euro zusteht, deckt diese Summe nach ihrer Meinung den Betreuungsumfang in diesem Fall nicht ab.

4.6.4 Fazit

Die strukturellen Handlungsdeterminanten werden von den Hebammen individuell eingeschätzt und gestaltet. Die Heterogenität zeitlicher Besuchskonzepte in Wochenbett und Stillzeit ergibt sich aus verschiedenen Faktoren, die ein einheitliches Vorgehen erschweren. Hierbei spielen die professionelle Verortung der Hebamme, ihre zeitlichen Kapazitäten sowie der subjektive und objektive Bedarf von Mutter und Kind wesentliche Rollen. Der vom Gesetzgeber festgelegte mögliche zeitliche Betreuungsumfang bis 12 Wochen nach der Geburt scheint angemessen, wird jedoch oft aus Kapazitätsgründen nicht immer ausgefüllt bzw. auch seitens der Frauen nicht immer nachgefragt. Betreuungsbedarfe jenseits der 12 Wochen konzentrieren sich in der Regel auf das Kind bzw. auf den Prozess des Abstillens und der Beikost-Beratung. Die Bedeutung einer lückenlosen Dokumentation über die erhobenen Befunde und erbrachten Leistungen sowie die Erarbeitung eines eigenen QM-Handbuchs ist den meisten Hebammen bekannt. Der individuelle Blick auf Mutter und Kind erschwert jedoch eine standardisierte Beschreibung der Betreuung.

Die Zusammenarbeit und Vernetzung sind sowohl von persönlichen beruflichen Kontakten der Hebamme als auch von regionalen Versorgungsstrukturen abhängig. Verfügt die Hebamme über ein gut ausgebautes, professionelles Netzwerk, in dem sich die Akteure untereinander kennen und wertschätzend begegnen, erleichtert dies ein bedürfnisgerechtes Handeln in Betreuungssituationen, in denen Unterstützung durch andere Berufsgruppen erforderlich ist. Während Hebammen die Zusammenarbeit innerhalb der Berufsgruppe als unterstützend empfinden, halten sie die interdisziplinäre Vernetzung für verbesserungswürdig. Im Vordergrund stehen dabei gemeinsame Absprachen und Sichtweisen aller Akteure, um eine einheitliche Beratung von Müttern bzw. Eltern zu ermöglichen. Weiterhin bedeutend für die ambulante Hebammentätigkeit ist ein funktionierender Informationsfluss aller Beteiligten, besonders beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor. Neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit lassen sich bei

Hebammen erkennen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind. Besonders in kritischen Situationen verfügen sie über ein gutes professionelles Netzwerk. Im Sample betrifft dies ein Drittel der befragten Hebammen. Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Versorgungslücken und fehlende Befugnisse der Hebammen, wie die Möglichkeit, Mutter und Kind überweisen zu können, den Betreuungsverlauf unnötig verzögern und professionelles Handeln erschweren.

Die Aussagen der befragten Hebammen spiegeln unzureichende strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen der ambulanten Tätigkeit wider. Insbesondere der in vielen Regionen und speziell in ländlichen Bereichen vorherrschende Hebammenmangel führt dazu, dass nicht alle Frauen eine Hebamme für die Wochenbettbetreuung finden. Die befragten Hebammen sprechen unzureichende Arbeitsweisen anderer Kolleginnen an, die möglicherweise dem hohen Arbeitsanfall geschuldet sind. Zudem verdeutlicht die als unzureichend empfundene Vergütung der Wochenbettbesuche, dass das umfassende Leistungsangebot von Hebammen finanziell nicht immer angemessen entlohnt wird.

4.7 Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse

Hebammen sehen sich in der ambulanten Wochenbettbetreuung einem komplexen Handlungsfeld gegenüber. Dieses setzt sich aus dem gesetzlichen Auftrag, aus ihrer professionellen Verortung, dem Nutzerinnenbedarf sowie den situativen Anforderungen der täglichen Berufspraxis im häuslichen Betreuungsumfeld zusammen. Die Vielschichtigkeit des Handlungsfeldes mit einer Orientierung am Wohlergehen der Mutter als auch des Kindes erfordert von den Hebammen ein reflektiertes, umfassendes und nutzerinnenorientiertes Handeln.

Ausgehend von handlungsleitenden Orientierungen, die anhand der Sichtweisen der Hebammen auf das Handlungsfeld und auf ihre Klientel analysiert wurden, bilden Hebammenkundliche Wissensbestände die Grundlage für spezifische Handlungsdeterminanten der Wochenbettbetreuung. Die professionellen Handlungsdeterminanten der häuslichen Wochenbettbetreuung lassen sich in Handeln im Betreuungsverlauf, Unterstützung der Gesundheit von Mutter und Kind, kontextuelle und strukturelle Handlungsdeterminanten differenzieren.

Neben dem beruflichen Selbstverständnis sowie der Bedeutung des Handlungsfeldes beeinflusst das professionelle Rollenverständnis der Hebammen ihre Handlungsziele und -strategien. Während die Mehrheit der befragten Hebammen die Frauen bestärken,

unterstützen und deren eigene Ressourcen fördern will, steht für andere die Problemlösung oder auch ein stärker fürsorglicher Ansatz im Vordergrund ihres Handelns. Für Hebammen die vorwiegend in der Wochenbettbetreuung tätig sind, hat das Handlungsfeld einen höheren Stellenwert als für diejenigen, die kontinuierlich in allen Handlungsfeldern tätig sind. Insgesamt wird ersichtlich, dass die Wochenbettbetreuung zu wenig Anerkennung erfährt. Sowohl aus gesellschaftlicher als auch aus Sicht einiger Hebammen bedarf diese Phase im Leben einer Frau einen geringen professionellen Unterstützungsbedarf. Für die Mehrheit der Hebammen besitzt die Arbeit in der Wochenbettbetreuung dagegen einen hohen Stellenwert.

Wissensbestände und erworbene Kompetenzen ermöglichen es den Hebammen selbstständig und eigenverantwortlich zu handeln und Betreuungssituationen individuell zu gestalten. Mit zunehmender Berufserfahrung gelingt es den Hebammen, Betreuungssituationen besser einzuschätzen sowie relevante Merkmale und Symptome von Erkrankungen bei Mutter und Kind zu erfassen. Mehrheitlich wünschen sich die Hebammen auf spezifische Beratungsbedarfe im Handlungsfeld und psychosoziale Anforderungen der Arbeit besser vorbereitet zu sein. Durch Wissen und langjährige Erfahrung werden intuitive Kompetenzen gestärkt, die das Handeln in Entscheidungssituationen unterstützen.

Die Betreuungsziele und analysierten Handlungsbeispiele verdeutlichen, die individuelle und komplexe Versorgungssituation im Wochenbett und die große Verantwortung, die Hebammen für die gesundheitliche Versorgung von Mutter und Kind übernehmen. Interviewübergreifend lässt sich eine individuell geprägte Herangehensweise im Betreuungsprozess erkennen. Damit ist die Herausforderung verbunden, den jeweilig individuell richtigen Ansatz für die zu betreuende Familie und für das Kind zu finden. Die Heterogenität der Bewältigung des Tätigkeitsfeldes zeigt sich besonders im Hinblick auf die Handlungsschwerpunkte, in der zeitlichen Erfüllung des wahrgenommenen Versorgungsbedarfs sowie in der individuellen Gestaltung von Betreuungssituationen. Auch die Beratungsschwerpunkte divergieren und sind nicht nur vom erforderlichen Bedarf, sondern auch von zusätzlichen Qualifikationen und Präferenzen der Hebamme abhängig. Ausgehend von einem ganzheitlichen Betreuungsansatz zeigen sich sowohl bei der Beratung als auch beim Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden verschiedene Betreuungsstrategien. Während einige Hebammen sich proaktiv verhalten, indem sie The-

men ansprechen und auch Beschwerden direkt abfragen, reagieren andere primär auf den geäußerten Bedarf von der Mutter bzw. den geäußerten Bedarf des Kindes.

Die Erzählungen der Hebammen weisen auf einen veränderten Betreuungsschwerpunkt in der Wochenbettbetreuung hin. Dieser äußert sich in einem sowohl klinischen als auch in einem verstärkt lebensweltlichen Bezug des Handlungsfeldes. Grundsätzlich erfolgt das professionelle Handeln von Hebammen immer mit dem Blick auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Mutter und Kind. Von der Mehrheit der befragten Hebammen werden die Frauen als überwiegend gesund eingeschätzt. Dabei werden somatische Störungen oft in den Kontext physiologischer Rückbildungsvorgänge eingeordnet, während psychische Auffälligkeiten für viele Hebammen einen stärkeren Krankheitswert haben. Als Ursachen für das mangelnde Wohlbefinden werden vor allem die fehlende körperliche Schonung der Frauen sowie Schwierigkeiten in der Anpassung an die neue Lebenssituation vermutet. Als Hauptproblematik der Wochenbettbetreuung erleben Hebammen unruhige Kinder sowie überforderte und unsichere Eltern. Demzufolge nehmen neben den pflegerisch-therapeutischen und praktisch-anleitenden Aufgabenfeldern auch psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen in den Betreuungssituationen zu.

Hebammen befinden sich in der häuslichen Wochenbettbetreuung in einem Spannungsfeld zwischen einem physiologischen Gesundheitszustand und einer Ausnahmesituation. Die aufsuchende Betreuung, das Erleben von Mutter und Kind im häuslichen Kontext und die Möglichkeit für die Frau, die Hebamme jederzeit – zumindest tagsüber – anzurufen, unterstützt einen ressourcenstärkenden Betreuungsansatz. Es treten jedoch auch immer wieder unvorhersehbare Situationen auf, in denen die Hebammen gefordert sind, die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit zu erkennen. Interviewübergreifend lassen sich Merkmale erkennen, die das Hebammenhandeln in schwierigen Situationen leiten. Mehrheitlich wird die Bedeutung einer vertrauensvollen Betreuungsbeziehung für eine gelungene Berufspraxis hervorgehoben. Diese begünstigt die fachkundige Einschätzung des mütterlichen gesundheitlichen Zustands sowie der Ressourcen der Frau und ihrer Familie im Betreuungsverlauf. Weitere Merkmale sind eine zeitweise Erhöhung der Besuchsfrequenz, die Aktivierung des eigenen professionellen Netzwerkes, das Erkennen eindeutiger Warnsignale sowie nach Bedarf eine Überweisung von Mutter und Kind an die ärztliche Berufsgruppe.

Während die Zusammenarbeit innerhalb der Berufsgruppe von den Hebammen als unterstützend empfunden wird, werden für die interdisziplinäre Vernetzung viele Verbes-

serungspotentiale aufgezeigt. Im Vordergrund stehen dabei gemeinsame inhaltliche Absprachen aller Akteure und eine damit verbundene einheitliche, bestmögliche gesundheitliche Versorgung von Mutter und Kind. Hebammen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, verfügen oft über ein gut ausgebautes klinisches Netzwerk, auf das sie in kritischen Situationen schnell zurückgreifen können.

Die individuellen Betreuungssituationen werden von strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen beeinflusst. Obwohl eingeschätzt wird, dass die in der aktuellen Hebammenvergütungsvereinbarung abrechenbaren Leistungen den Umfang der Betreuungsleistungen gut abdecken, haben einige Hebammen das Gefühl, dass ihre Leistungen nicht immer angemessen entlohnt werden. Die aktuelle Situation, dass Hebammen mehr Anfragen von Frauen für eine Wochenbettbetreuung bekommen, als sie aus Kapazitätsgründen annehmen können, stellt die Hebammen vor zunehmende Herausforderungen. Sie müssen abwägen, wie viele Frauen sie betreuen. Entscheiden sie sich für möglichst viele Frauen, geht dies zu Lasten der Betreuungsdauer. Nehmen sie nur wenige Frauen an, bleiben andere Wöchnerinnen möglicherweise ohne eine Wochenbettbetreuung.

5 Diskussion

Die vorliegende Studie analysiert das Handeln freiberuflich tätiger Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung in Deutschland. Die Ergebnisse werden nachfolgend unter Einbezug der aktuellen Literatur diskutiert. Zunächst erfolgt eine Einordnung der Ergebnisse in theoretische Konzepte zur Professionalität. Danach werden zentrale Resultate der Untersuchung anhand bestehender empirischer und theoretischer Erkenntnisse diskutiert. Dies geschieht über eine Auseinandersetzung mit dem zentralen Konzept der Wochenbettbetreuung – der Stabilisation gesunder Prozesse, den Handlungsansätzen der Hebammen, dem veränderten Beratungs- und Unterstützungsbedarf im Wochenbett sowie den strukturellen Herausforderungen im Betreuungskontext. Zum Schluss dieses Kapitels werden die Limitationen der Studie aufgezeigt und ein Ausblick für weitere Forschungen gegeben.

5.1 Professionalität: Berufliches Handeln der Hebammen

Die Ergebnisse der vorliegenden qualitativen Studie sind aus professionstheoretischer Perspektive als professionsorientierte, reflexive Forschung einzuordnen (Thole, 2003, S. 50). Das Vorgehen, die Handlungspraxis der Hebammen über eine explorative Studie zu erschließen, zielt darauf ab, Wissen über den Hebammenberuf als Profession zu ergründen. Die Fokussierung auf das professionelle Handeln und die damit verbundene Auseinandersetzung mit der Professionalität des Hebammenberufes gewinnt nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Orientierung an einer nutzerinnenorientierten Versorgung zunehmend an Bedeutung. Eine professionelle Betreuung wird als Schlüsselfaktor zur Stärkung von Frauen in der generativen Lebensphase betrachtet (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Aus einer übergeordneten Perspektive zeigen die Ergebnisse, dass sich die ambulante Wochenbettbetreuung in einem komplexen Zusammenhang aus handlungsleitenden Sichtweisen, Handlungsgrundlagen und professionellen Handlungsdeterminanten präsentiert. Ausgehend von der Theorie, dass subjektive Deutungsmuster das Verhalten der Akteure in der alltäglichen Handlungspraxis leiten (Arnold, 1985, S. 69), zeigen die Ergebnisse individuelle Sichtweisen der Hebammen auf ihr Tätigkeitsfeld und die zu betreuende Zielgruppe auf. Diese Deutungsmuster beeinflussen im Sinne einer professionellen Verortung das Handeln der Hebammen, das in der vorliegenden Arbeit anhand spezifischer Handlungsdeterminanten dargestellt wird. Wissensbestände bilden die Ba-

sis für den konkreten Handlungsvollzug. Diese übergeordnete Erkenntnisbetrachtung wird auch von Autoren anderer Disziplinen im Kontext professioneller Handlungskompetenz diskutiert (Fröhlich-Gildhoff, Nentwig-Gesemann & Pietsch, 2011).

Die Arbeit freiberuflicher Hebammen in der häuslichen Wochenbettbetreuung ist mit einer handlungstheoretischen Perspektive von Professionalität und insbesondere mit der von Oevermann beschriebenen Strukturlogik des professionellen Handelns (Oevermann, 1996) vereinbar. Die Wochenbettbetreuung ist nach § 4 des Hebammengesetzes eine den Hebammen vorbehaltene Tätigkeit. Im Falle eines physiologisch verlaufenden Wochenbettes und einer normalen Entwicklung des neugeborenen Kindes sind Hebammen eigenverantwortlich tätig und besitzen Handlungsautonomie. Nach merkmalththeoretischen Professionalisierungsansätzen gilt die Autonomie bei der Berufsausübung als ein zentrales Kennzeichen von Professionen (Hesse, 1968, S. 58). Ein zentrales Ergebnis der vorliegenden Studie ist, dass professionelles Handeln in einem komplexen Handlungsfeld, wie die häusliche Wochenbettbetreuung, wenig standardisierbar ist und auf der individuellen Handlungskompetenz jeder einzelnen Hebamme beruht. Die befragten Hebammen verfolgen einen zwar regelgeleiteten, jedoch individuell ausgeprägten Betreuungsansatz. Die Studienergebnisse belegen, dass Hebammen in der häuslichen Wochenbettbetreuung in komplexen und oft auch unvorhersehbaren Situationen handeln müssen. Die Nicht-Standardisierbarkeit von Betreuungssituationen bildet einen zentralen Bezugspunkt der Strukturlogik professionellen Handelns (Oevermann, 2009, 122f.).

Professionelles Handeln im Wochenbett erfordert eine umfassende Einschätzung von Betreuungssituationen sowie die Fähigkeit, fallangemessene Entscheidungen zu treffen. Die Komplexität ergibt sich aus den mehrdimensionalen Aufgabenbereichen im Tätigkeitsfeld. Hebammen handeln in Betreuungssituationen, in denen sie sowohl das Wohlergehen der Mutter als auch das des Kindes im Blick haben. Sie befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen physiologischen Zuständen und Ausnahmesituationen, die ein stetes Abwägen zwischen Abwarten und Intervenieren erforderlich machen. Leap und Pairman (2006, S. 261) bezeichnen diesen Prozess als eine schwer nachweisbare und in ihrer Komplexität schwer zu beschreibende Schlüsselkompetenz von Hebammen. Die Komplexität ergibt sich zudem aus dem Versorgungskontext im häuslichen Setting einschließlich des Einblicks in die Lebenswelt der Frau und ihrer Familie. Die Hebammen beschreiben, wie familiäre Konstellationen Betreuungssituationen beeinflussen, und erleben, dass zusätzlich zu den Eltern und dem Kind oft weitere Familienangehörige mit

eigenen Bedürfnissen in den Betreuungsprozess eingebunden sind. Komplexe Betreuungssituationen erfordern nicht nur ein fundiertes Fach- und Methodenwissen, sondern auch die Fähigkeit, trotz unklarer Problemlagen interventionspraktisch handeln zu können. Handlungsleitend für die Hebammen sind die Bedürfnisse von Mutter und Kind. Die interventionspraktische Komponente des Hebammenhandelns zielt darauf ab, allgemeingültige Wissensbestände situationsbedingt und nutzerinnenorientiert anzuwenden und fallangemessen auf die Betreuungssituation zu übertragen. Friesacher (2008, S. 203) spricht in diesem Kontext davon, dass das Wissen der Hebammen in die Lebenspraxis der Frauen eingebunden wird. Laut Oevermanns theoretischen Ausführungen ist eine grundsätzliche Professionalisierungsbedürftigkeit einer Tätigkeit dann gegeben, wenn aufgrund einer rekonstruktiven Analyse des beruflichen Handlungsfeldes die Notwendigkeit einer nicht-standardisierbaren Interventionspraxis ersichtlich wird (Garz & Raven, 2015, S. 121). Unter diesem Aspekt lässt sich sowohl die gesellschaftliche als auch die handlungslogische Notwendigkeit der Professionalisierung einer Tätigkeit reflektieren (Somm, 2001, S. 680). Die explorative rekonstruktive Analyse in der vorliegenden Studie bietet wesentliche Ansatzpunkte für die Beschreibung von professionellem Handeln der Hebammen.

Um Mutter und Kind in den ersten acht Wochen nach der Geburt und darüber hinaus bedarfs- und bedürfnisgerecht zu betreuen, müssen die Hebammen über umfassende Wissensbestände und Hebammenkompetenzen verfügen. Professionelles Handeln ist durch spezifisches Wissen gekennzeichnet, dass wissenschaftliches Wissen, Berufswissen und Alltagswissen vereint (Hülsken-Giesler, 2008, S. 20). Theoretisches Wissen stellt nur ein Wissensmuster dar, neben dem andere Formen gleichberechtigt existieren (Friesacher, 2008, S. 205). Berufswissen wird auch im Sinne eines tradierten Erfahrungswissens und normativer Berufsregeln verstanden (Hülsken-Giesler, 2008, S. 20). Für den Bereich der Pflegewissenschaft wurde der Bezug zum Erfahrungswissen erstmals durch die amerikanische Pflegewissenschaftlerin Patricia Benner näher beschrieben (Benner, 1997). Nach Benner (1997, S. 35) beinhaltet Wissen zusätzlich zum kognitiven und erfahrungsbasierten Wissen, weitere Dimensionen wie Emotionen und Intuition. Bei der Analyse der Interviews der berufserfahreneren Hebammen dieser Studie fällt auf, dass neben dem Fachwissen, Erfahrung und Intuition handlungsleitend in Betreuungssituationen sind. Berufserfahrung macht die Hebammen sicherer; sie können Betreuungssituationen besser einschätzen und intuitiv erfassen. Die Routine ergibt sich auf der Grundlage dessen, viel gesehen und viel Erfahrung in individuellen Betreuungs-

situationen gesammelt zu haben. Diese Befunde stehen im Einklang mit den Ausführungen von Benner, die beschreibt, dass ein breites Hintergrundwissen und Erfahrungen wichtige Voraussetzungen für das intuitive Erfassen von Situation sind (Benner, 1997, S. 310). Im Kontext der theoretischen Überlegungen weisen die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, dass intuitives Handeln die interventionspraktische Komponente des professionellen Hebammenhandelns fördert. Eng verwoben mit der Intuition ist auch der Begriff des impliziten Wissens. Implizites Wissen ist dadurch gekennzeichnet, dass es besonders in hochkomplexen Situationen beziehungsweise im täglichen Verhalten automatisch aktiviert wird, nicht bewusst ist und nur schwer verbalisiert werden kann (Büssing, Herbig & Ewert, 2000). Diese Merkmale könnten möglicherweise der Grund dafür sein, warum es einigen Hebammen dieser Studie schwer fiel, ihre handlungsleitenden Orientierungen zu reflektieren. Die Einschätzung von Betreuungssituationen ohne eine bewusste Reflexion birgt jedoch auch die Gefahr, nicht situationsangemessen zu handeln. Pflegebildungsexpertinnen verweisen darauf, dass implizites Wissen nicht unfehlbar ist und sich professionell Handelnde dadurch auszeichnen, dass sie zur Reflexion und Korrektur ihrer Deutungen in der Lage sind (Darmann, 2004, S. 463; Fichtmüller & Walter, 2007, S. 141).

Die Hebammen in dieser Studie beschreiben auch, dass persönliche Lebenserfahrungen ihre Wahrnehmungen in Bezug auf individuelle Betreuungssituationen verändern. Der Einfluss persönlicher Erfahrungen auf das berufliche Handeln wurde in einer Studie zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen von Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften beschrieben (Flick, Walter, Fischer, Neuber & Schwartz, 2004). Auffallend in dieser Studie war, dass eigene Krankheiten und Beschwerden beide Berufsgruppen verständnisvoller, empathischer und engagierter im Umgang mit Patienten werden ließen (ebd.). Obwohl das Handeln auf der Grundlage eigener Erfahrungen nicht als weniger qualifiziert einzuschätzen ist (Dunkelberg, 2005), sind der Einbezug individueller Erfahrungen und eine subjektive Sichtweise im Betreuungsprozess nicht immer nützlich. Eigene Erfahrungen können zwar als Ressource für die Einschätzung von Betreuungssituationen dienen, führen aber nicht per se zu einem situationsangemessenen Handeln. Simmons (2002) verweist auf die in Großbritannien vom *National Childbirth Trust* angestellten Stillberaterinnen, die sich vor Arbeitseintritt einer Reflexion ihrer persönlichen Stillererfahrungen unterziehen müssen, um Mütter unvoreingenommen zu beraten und um zu vermeiden, eigene Erfahrungen als handlungsleitend zu betrachten.

Ein zentraler Grundsatz des Hebammenkundlichen Handelns ist die professionelle Beziehung zwischen Hebamme und Frau, die sich jedoch nur bei einer ausreichenden Betreuungskontinuität realisieren lässt (Leap & Pairman, 2006, S. 259). Mehrheitlich wird von den Hebammen der vorliegenden Studie die Bedeutung einer vertrauensvollen Beziehung mit den Frauen betont. Wird die Beziehung bereits in der Schwangerschaft aufgenommen, erleichtert dies die Einschätzung des mütterlichen gesundheitlichen Zustands und der Ressourcen von Frau und Familie im Betreuungsverlauf. Zusammenfassend konnten anhand der vorliegenden Analyse verschiedene Merkmale einer professionellen Gestaltung der Beziehung zwischen Frau und Hebamme aufgezeigt werden. Diese sind, entsprechend dem Konzept des Arbeitsbündnisses von Oevermann (1996), für das professionelle Hebammenhandeln zentral. Das Arbeitsbündnis zwischen Frau und Hebamme ist nach den vorliegenden Ergebnissen durch eine asymmetrische Beziehung, die freundschaftliche und kooperative Elemente enthält und in der keine universelle Wechselseitigkeit besteht, charakterisiert. Asymmetrie weist in diesem Zusammenhang auf die Expertinnenrolle der Hebamme, die stärker als ihre Klientin für das Gelingen des Betreuungsprozesses verantwortlich ist (Wolf, 2014). Diese Eigenschaften der Beziehung sind wichtig für die Balance des beruflichen Handelns. Während die Betonung der wissenschaftlichen Komponente ein „*ingenieurhaftes*“ Handeln in der Praxis nach sich zieht, kann eine einseitige Betonung „*der hermeneutischen, intuitiven und empathischen Fallorientierung*“ dazu führen, dass sich die berufliche Beziehung zu einer Primärbeziehung entwickelt (Dewe et al., 2011, S. 40ff.). Dewe et al. (2011) plädieren für eine angemessene Balance zwischen Nähe und Distanz der Handelnden zu ihren Klientinnen und Klienten. Diese Balance zu wahren, ist für Hebammen, die in der häuslichen Wochenbettversorgung intensiv mit der Lebenssituation der Frau und ihrer Familie konfrontiert werden und umfangreiche körpernahe Betreuungsarbeit leisten, nicht immer einfach. Daher müssen Hebammen, die Fähigkeit entwickeln, die eigene interventionspraktische Kompetenz in kritischer Selbstreflexion zu betrachten (Dewe et al., 2011, S. 40f.; vgl. auch Zoege, 2004, S. 284). Im Gegensatz zu Oevermann (2009, S. 123), der davon ausgeht, dass sich die Klientin in einem Arbeitsbündnis mit der Expertin verbindet (2009, S. 123), verweisen Hebammenwissenschaftlerinnen darauf, dass das Konzept der partnerschaftlichen Beziehung weniger durch den Expertenstatus der Hebamme als durch einen gegenseitigen Lernprozess zwischen Hebamme und Frau gekennzeichnet ist (Leap & Pairman, 2006, S. 260f).

5.2 Zentrales Betreuungskonzept: Stabilisation gesunder Prozesse

Das zentrale Konzept des Hebammenhandelns in der Wochenbettbetreuung besteht in der Unterstützung der Gesundheit von Mutter und Kind. Mehrheitlich schätzen die befragten Hebammen dieser Studie die von ihnen betreuten Frauen als überwiegend gesund ein. In diesem Kontext ist interessant, dass viele Studien, die die Prävalenz physischer Symptome nach der Geburt untersuchten, zu dem Ergebnis kamen, dass die mütterliche Gesundheit bis zu einem Jahr nach der Geburt beeinträchtigt sein kann (Bauer, 2011; Brown & Lumley, 1998; Hellmers, 2005; MacArthur et al., 2002; Saurel-Cubizolles, Romito, Lelong & Ancel, 2000; Sayn-Wittgenstein & Bauer, 2007; Schäfers, 2011; Schytt et al., 2005). Die positive Einschätzung der befragten Hebammen ist möglicherweise auf Hebammentheoretische Diskussionen zurückzuführen, in denen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit als natürliche physiologische Prozesse klassifiziert werden (Berg, 2005; Kennedy, 2000; Sayn-Wittgenstein, 2007). Grundsätzlich betrachten Hebammen diese Lebensphase als ein normales Ereignis in einer Übergangsphase im Lebensverlauf (Manning, 2006, S. 89). Besonders die bei einigen Hebammen der vorliegenden Studie erkennbare Relativierung körperlicher Beschwerden im Kontext eines physiologischen Wochenbettverlaufs, kann auf die Einordnung des Wochenbetts als primär gesunden Prozess zurückgeführt werden. Viele Hebammen der Studie betonen, dass sie ausschließlich für normale, aber nicht für pathologische Wochenbettverläufe zuständig sind. Das Konzept von Normalität ist im Kontext einer salutogenetischen Betrachtung der generativen Lebensphase einzuordnen, das für die Mehrheit der Hebammen leitend ist (Walsh & Steen, 2007, S. 320). Mit zunehmendem impliziten Wissen kann sich die Grenze zwischen als physiologisch und pathologisch eingeschätzten generativen Prozessen verschieben: „*I have raised the limit for what I consider as normal.*“ (Berg, 2005, S. 16).

Auffällig in der vorliegenden Untersuchung ist, dass viele Hebammen bei der Frage nach der Gesundheit von Frauen im Wochenbett, abweichend von anderen Themen, länger nachdenken mussten und einige Hebammen mit Nachfragen zum Thema reagierten. Dieses Verhalten bestätigt die Annahme, dass das Wochenbett als gesunder Prozess im Lebensverlauf einer Frau eingeordnet wird und lässt vermuten, dass den Hebammen die Interviewfrage nach der postpartalen Gesundheit tautologisch erschien. Die vorrangig an physiologischen Prozessen orientierte Hebammenarbeit führt offenbar dazu, dass nur Frauen mit ausgeprägten pathologischen Verläufen von den Hebammen als krank

eingestuft werden. Die Aussagen der befragten Hebammen weisen darauf hin, dass sie die postpartale mütterliche Gesundheit nicht als bloße Abwesenheit von Krankheit deuten, sondern gesundheitliche Problematiken auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit verorten. Bei einer Einstufung der Frauen als primär gesund zeigen die in den Interviews erwähnten Beispiele, dass Hebammen bei den Frauen viele gesundheitliche Probleme erleben und diese auch angemessen bewerten und behandeln. Offenbar fällt es Hebammen jedoch nicht leicht, diese Praxiserfahrungen in ein Konzept von Gesundheit und Krankheit einzuordnen. Auch Gibb und Hundley (2007) kamen in ihrer Mix-Methods-Studie zu dem Ergebnis, dass die teilnehmenden Hebammen das Konzept des psychosozialen Wohlbefindens nicht klar beschreiben konnten und sich ihre Beurteilungen mehr am Verhalten und an den Coping-Strategien der Frauen orientierten. Entscheidungen zu Interventionen wurden vor allem auf Grundlage einer wahrgenommenen veränderten Persönlichkeit der Frau im Vergleich zur Schwangerschaft oder zu einem vorherigen Wochenbett getroffen. Die Hebammen schätzten ein, wie gut die Frau die Situation bewältigten und mit ihren Erwartungen zurechtkamen (Gibb & Hundley, 2007). Die Schwierigkeit der Hebammen, bestimmte Positionen und Grundlagen ihres Handelns zu formulieren, reflektiert möglicherweise auch die Rolle von Intuition und implizitem Wissen bei der Entscheidungsfindung (Benner, 1997, S. 35). Cignacco (2006, S. 17) stellt die These auf, dass „*die explizite Beschreibung dessen, was implizit und mit einer gewissen Selbstverständlichkeit getan wird*“ Hebammen schwer fällt, weil sie es nicht gewohnt sind, ihr Handeln über die Beschreibung eines individuellen Geschehens hinaus, reflexiv und generalisierbar darzustellen. Die hier vertretende These geht zusätzlich von einer unzureichenden Sensibilisierung für theoretische Konzepte von Gesundheit und Krankheit in der Aus- und Weiterbildung von Hebammen aus.

Die in der vorliegenden Studie von den Hebammen vertretene Einschätzung, dass Frauen sich in ihrem Handlungsspielraum zwischen *dem Annehmen und dem Aushalten gesundheitlicher Beschwerden* bewegen, impliziert die Wahrnehmung einer nicht zu verändernden Situation. Diese Sichtweise findet sich auch bei anderen Autoren wieder. Aufgrund der Tatsache, dass die Mehrheit der Frauen ihre subjektive Gesundheit acht Wochen nach der Geburt als sehr gut oder gut einschätzen, wird vermutet, dass bestimmte gesundheitliche Einschränkungen von Frauen in der Konsequenz von Schwangerschaft und Geburt als normal angenommen werden (Grieshop et al., 2013; Schytt et al., 2005). Diese Zusammenhänge stehen im Einklang mit gesundheitssoziologischen Grundsätzen, die davon ausgehen, dass die Einschätzung des Zustandes zwischen Ge-

sundheit und Krankheit immer einer subjektiven Bewertung unterliegt (Hurrelmann, 2010, S. 143). Subjektive Maßstäbe führen dazu, dass Frauen ihre Beschwerden im Kontext eines postpartalen Zustands als normal einordnen, was dazu führen kann, dass sie ihre Beschwerden nicht äußern. Vor diesem Hintergrund ist es für Hebammen wichtig, eine Balance zwischen der Unterstützung gesunder Prozesse und der rechtzeitigen Wahrnehmung von abweichenden Veränderungen zu finden. Die Studienergebnisse zeigen, dass Hebammen in Betreuungssituationen aufmerksam und von den zu Betreuenden unbemerkt agieren, um körperliche und psychische Veränderungen bei Mutter und Kind zu bewerten, ohne dabei die Frauen zu verunsichern.

Obwohl die Lebensphase rund um die Geburt im Allgemeinen als positiv für Frauen und Familien angesehen wird, kann durch eine Geburt die Entwicklung mütterlicher psychischer Erkrankungen begünstigt werden (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Grundsätzlich wird die Unterstützung, Beratung und Informationsweitergabe durch Hebammen im Wochenbett mit positiven Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden der Mütter assoziiert (Lavender & Walkinshaw, 1998). Während körperliche Beschwerden für die meisten Hebammen der vorliegenden Studie als gut bewert- und behandelbar wahrgenommen werden, sind Frauen mit psychischen Problemen für viele Hebammen eine größere Herausforderung. Die psychische Morbidität hatte im Vergleich zu geburtshilflich körperlichen Aspekten, wie Beschwerden durch Geburtsverletzungen, auch in einer Studie, in der Frauen zu ihrer Gesundheit nach der Geburt befragt wurden, einen höheren Stellenwert (Schäfers, 2011, S. 149). Der von den Hebammen in der vorliegenden Studie beschriebene Zusammenhang zwischen dem Auftreten körperlicher und psychischer gesundheitlicher Problemen deutet auf ein erweitertes Gesundheitsverständnis hin (Flick et al., 2004, S. 180). Die befragten Hebammen erleben, dass Schmerzen im Wochenbett aufgrund schwerer Geburtsverletzungen sich negativ auf die psychische Gesundheit der Frau auswirken können. Auch internationale Studienergebnisse konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Symptomen der Mutter aufzeigen (Brown & Lumley, 2000; Jomeen, Spiteri, Draper & Martin, 2014; Woolhouse, Gartland, Perlen, Donath & Brown, 2014). Während körperliche Beschwerden das emotionale Wohlbefinden und die psychische Gesundheit beeinträchtigen, wirken sich anhaltende psychische Beschwerden nach der Geburt ebenso auf den physischen Gesundheitszustand aus (Brown & Lumley, 2000). Jomeen et al. (2014) konnten nachweisen, dass die körperliche Erholung nach der Geburt mit einer Verbesserung der psychischen Gesundheit korreliert.

Empfohlen wird daher, die psychische Gesundheit von Frauen mit körperlichen Beschwerden sowie die körperlichen Beschwerden bei Frauen mit depressiven Verstimmungen engmaschig zu beobachten (Brown & Lumley, 2000). Interventionen zur Förderung der mütterlichen psychischen Gesundheit sollten immer auch das körperliche Wohlbefinden von Frauen fördern (Woolhouse et al., 2014).

Um dem Zusammenhang zwischen dem Geburtserleben und dem gesundheitlichen Wohlbefinden Rechnung zu tragen, liegt eine Handlungsstrategie der Hebammen darin, Frauen die Möglichkeit zu geben, das Geburtserlebnis gemeinsam zu reflektieren. Die Möglichkeit der Reflektion von Geburtserfahrungen ist von großer Bedeutung (Cattrell et al., 2005; MacArthur et al., 2002). Als Gesprächsrahmen werden informelle Gespräche zwischen Hebamme und Frau empfohlen (Borg Cunen et al., 2014), der Nutzen gezielter Beratungsintervention ist dagegen nicht eindeutig belegt (Baxter et al., 2014; Bick, 2003; Borg Cunen et al., 2014; Steele & Beadle, 2003). Das Konzept des *Debriefings* im Sinne einer strukturierten psychologischen Intervention wird als potentiell förderlich betrachtet, kurz- und langfristige psychische Beschwerden, die im Zusammenhang mit der Geburt auftreten, präventiv zu behandeln (Steele & Beadle, 2003); jedoch fehlen bislang eindeutige Evidenzen für eine Verbesserung des mütterlichen psychischen Wohlbefindens (Baxter et al., 2014; Bick, 2003; Borg Cunen et al., 2014).

Eine Ursache für ein mangelndes gesundheitliches Wohlbefinden nach der Geburt ist nach Meinung vieler Hebammen dieser Studie die fehlende Einhaltung einer postpartalen Schonzeit durch die Mütter. Demgegenüber steht der von den Hebammen gleichzeitig als gesundheitliches Hauptproblem identifizierte mütterliche Schlafmangel. Schlafmangel und eine schlechte Schlafqualität werden in anderen Studien ebenfalls als Hauptproblem der mütterlichen Gesundheit im Wochenbett definiert (Bauer, 2011; Brown & Lumley, 2000; Schytt et al., 2005). Die Schlafqualität kann durch Beratung und einer umfassenden individuellen Betreuung verbessert werden (Grylka-Baesclin, van Teijlingen & Gross, 2014). Vor dem Hintergrund des negativen Einflusses von Schlafproblemen auf das psychische Wohlbefinden ist die präventive Beratung und eine Beurteilung des Schlafverhaltens der Frauen mit in die Bewertung des psychischen Wohlbefindens zu integrieren (Jomeen, 2004). Die von einigen Hebammen dieser Studie antizipierte fehlende Bereitschaft der Frauen zur Einhaltung einer postpartalen Schonzeit, konnte bislang in dieser Form nicht in Studien zur postpartalen Gesundheit gefunden werden. Jedoch wird beschrieben, dass Frauen häufig eigene gesundheitliche

Beschwerden ignorieren und ihre Aufmerksamkeit mehr auf die Bedürfnisse des Kindes und der Familie konzentrieren (Fahey & Shenassa, 2013).

Weiterhin haben Frauen im Wochenbett einen großen Informationsbedarf zu körperlichen Umstellungsprozessen sowie zur Mutterschaft, zum Stillen und zum Leben mit dem Kind (Cattrell et al., 2005; Gibb & Hundley, 2007; Martin, Horowitz, Balbierz & Howell, 2014; McLelland et al., 2015). Diese, durch die vorliegende Studie bestätigten Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die Erwartungen der Frauen nicht immer mit dem Erleben der postpartalen Phase übereinstimmen. Die Studienergebnisse verweisen zudem auf die besonderen Anforderungen beim Übergang zur ersten Elternschaft (Gloger-Tippelt, 1988). Dies macht eine frühzeitige ausführliche Beratung durch Hebammen zu Umstellungs- und Anpassungsprozessen nach der Geburt erforderlich.

Die Stabilisierung gesunder Prozesse durch die Hebammen bezieht sich nicht allein auf die Mutter, sondern inkludiert auch die gesundheitliche Versorgung des Kindes. Einige Hebammen der vorliegenden Studie verweisen auf den Zusammenhang zwischen der Gesundheit der Mutter und des Kindes. Bekannt ist, dass häufiges Weinen von Säuglingen während der ersten drei Monate zu Müdigkeit und Erschöpfung von Müttern führt (Kurth et al., 2011). Eine rechtzeitige Beratung zu Umstellungs- und Anpassungsprozessen bei Mutter und Kind sowie einer Relativierung gesellschaftlich idealisierter Konzepte zur frühen Elternschaft birgt ein immenses Potenzial, die Gesundheit der Familie im frühen Stadium zu fördern (ebd.). In ihrer Analyse von sechs Leitlinien zur Wochenbettbetreuung aus verschiedenen Ländern konnten Haran et al. (2014) nur eine Leitlinie finden, die sowohl die postpartale Versorgung von Müttern als die auch von Kindern abdeckt (Haran et al., 2014). Vor dem Hintergrund der sich wechselseitig beeinflussenden mütterlichen und kindlichen Gesundheit ist eine gemeinsame Betrachtung von Mutter und Kind unerlässlich. Dieses Konzept sollte bei der Erstellung einer Leitlinie für die Wochenbettbetreuung beachtet werden.

5.3 Handlungsansätze und Betreuungsmodelle

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen, dass die Hebammen des Samples für die Wochenbettbetreuung keine einheitliche Herangehensweise verfolgen. Die analysierten Handlungsdeterminanten verweisen vielmehr auf ein individuell geprägtes Arbeitskonzept. Die Ergebnisse lassen einen komplexen Zusammenhang zwischen Sichtweisen und Handlungsansätzen der Hebammen vermuten. Für manche Hebammen

besitzt die Wochenbettbetreuung einen großen Stellenwert und wirkt identitätsbildend. Andere Hebammen bewerten ihre Betreuungsarbeit eher pragmatisch oder messen dem Tätigkeitsfeld des Wochenbetts eine geringere Bedeutung bei. Neben strukturellen Rahmenbedingungen und zeitlichen Limitationen steuern auch die verschiedenen, in der Persönlichkeit der Hebammen verinnerlichten Grundhaltungen ihr professionelles Handeln in einer übergeordneten Weise (vgl. Arnold, 1985, S. 69). Bei einer genaueren Betrachtung zeigen sich unterschiedliche Betreuungskonzepte und Ansätze, wie Hebammen ihre Betreuungsprozesse gestalten.

Im Zusammenhang mit der mütterlichen gesundheitlichen Versorgung wurden unterschiedliche Ansätze zur Diagnose gesundheitlicher Problematiken der Frauen deutlich. Während einige Hebammen gezielte Fragen nach gesundheitlichen Beschwerden stellen, warten andere Hebammen ab, bis die Frauen dies von sich aus artikulieren. Vor dem Hintergrund, dass Frauen ihre Beschwerden teilweise verschweigen (Bastos & McCourt, 2010; Brown & Lumley, 1998), kann eine abwartende Strategie dazu führen, dass die Bedürfnisse der Frauen nicht ausnahmslos identifiziert werden und mütterliche Gesundheitsprobleme unbeachtet bleiben. Die Prävalenz körperlicher Gesundheitsprobleme in Verbindung mit einer fehlenden Rückmeldung durch die Frauen wird von Brown und Lumley (1998) als signifikantes Public Health Problem definiert. Auf der Basis dieser Befunde ist zu fordern, dass ein proaktives Nachfragen bzw. genaues Beobachten der mütterlichen Gesundheit einen wichtigen Bestandteil der Wochenbettbetreuung ausmachen muss. Da Frauen auch bei Nachfragen Beschwerden oft verneinen, unterstützt ein gezieltes regelmäßiges Assessment die Einschätzung des gesundheitlichen Wohlbefindens (Cattrell et al., 2005).

Ein weiteres zentrales Ziel der Hebammenarbeit im Wochenbett ist die Unterstützung und Bestärkung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit sowie die Förderung der Ressourcen der Frauen, damit der Übergang zur Mutterschaft gelingt. Damit verbunden ist ein Handlungsansatz der Hebammenarbeit, der sich am Konzept des Empowerment orientiert (Hermansson & Martensson, 2011). Empowerment lässt sich auch als „Hilfe zu Selbsthilfe“ beschreiben (Oevermann, 2009, S. 123). Die Förderung der Eigenständigkeit der Frauen stellt nicht für alle Hebammen eine Handlungsmaxime dar. Für manche Hebammen mit einem weniger ausgeprägt partizipativen Betreuungsstil, steht die eigene Problemlösung für Mutter und Kind im Vordergrund. Interviewübergreifend konnten proaktive und bedarfsorientierte Beratungsansätze entdeckt werden.

Während Hebammen beim bedarfsorientierten Ansatz sich mehr an den Bedürfnissen der Frauen orientieren und versuchen, diese zu bestärken, konzentrieren sich Hebammen mit proaktiver Herangehensweise primär darauf, Beratungsthemen abzuarbeiten. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Olsson et al. (2011), die einen aufgaben- und subjektorientierten Ansatz bei der gesundheitlichen Versorgung postpartaler Frauen beschrieben. Laut internationaler Literatur gewinnen individuelle und frauenzentrierte Betreuungsansätze gegenüber aufgabenorientierten Betreuungsansätzen zunehmend an Bedeutung (Cattrell et al., 2005; Fenwick et al., 2010; Morrow, McLachlan, Forster, Davey & Newton, 2013). Weiter wird diskutiert, dass Hebammen sich häufig entscheiden müssen, ob sie sofort Hilfe anbieten, oder ob sie auf die Eigenständigkeit der Frauen vertrauen. Die in der vorliegenden Studie analysierten problemlösungsorientierten Handlungsansätze können auch mit der Tendenz „*doing for the women*“ verglichen werden (Burns et al., 2013; McInnes & Chambers, 2008; Smythe et al., 2014), die dem Empowerment-Ansatz widersprechen. Aktuell gewinnt jedoch der Handlungsansatz „*being with women*“ gegenüber dem Ansatz „*doing for women*“ zunehmend an Bedeutung (Hermansson & Martensson, 2011; Hunter, 2004; Leap & Pairman, 2006). Frauen erleben die Herangehensweise „*doing for*“ oft bei Hebammen und anderen Gesundheitsprofessionen, die unter Zeitdruck arbeiten und zu denen sie keine gute Beziehung haben (McInnes & Chambers, 2008, S. 421). Wichtig für Hebammen ist, gegenüber den Frauen die richtige Distanz zu wahren und herauszufinden, wann Einflussnahme und wann Zurückhaltung angebracht ist. Ein feinfühligere Umgang der Hebammen stärkt das Selbstvertrauen der Frauen und wirkt sich positiv auf ihre Mutterschaftserfahrung aus (Smythe et al., 2014). Im Zusammenhang mit der Sicherstellung der Würde der Frau und der Balance zwischen Nähe und Distanz sprechen einige Autorinnen auch von einer „*sensitiven Betreuung*“ (Furber & Thomson, 2008, S. 47; Larkin, 2014, S. 76). Aufgrund der Individualität der Betreuungsprozesse sollten Hebammen mit den Frauen offen kommunizieren und eigene Einstellungen immer wieder reflektieren (Smythe et al., 2014).

Orientierten sich Hebammen noch vor zwanzig Jahren primär an einem medizinischen Betreuungsmodell (Marsh & Sargent, 1991), stehen heute vermehrt sozial ausgerichtete Modelle im Fokus Hebammenwissenschaftlicher Diskussionen (Gibb & Hundley, 2007; MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010; Walsh & Newburn, 2002). Eine Präferenzierung des medizinischen Modells führt dazu, dass Hebammen ihr Handeln weniger individuell an den persönlichen und familiären Bedürfnissen der Frau ausrichten (Bryar,

2003, S. 103). Damit haben Frauen weniger Einfluss auf die Art ihrer Betreuung. Bei einem im medizinischen Modell verorteten und weniger bestärkende Elemente enthaltenden Handlungsansatz sind Hebammenhandlungen primär darauf ausgerichtet „*etwas zu tun, um Frauen zu helfen*“ (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010, S. 491). Im sozialen Betreuungsmodell stehen der Empowerment-Ansatz sowie frauenzentrierte, ganzheitliche Handlungsansätze unter Einbeziehung des individuellen sozialen Kontexts im Vordergrund (ebd.). Andere Autoren sprechen in diesem Zusammenhang auch von einem psychosozial ressourcenorientierten Handlungsansatz, der das soziale Umfeld und die klienteneigenen Ressourcen integriert (Flick et al., 2004, S. 148f.). Das Ergebnis der vorliegenden Studie, dass einige Hebammen sich eher am medizinischen und andere eher am sozial ausgerichteten Betreuungsmodell orientieren, steht im Einklang mit internationalen Erkenntnissen (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010). Im Hinblick auf eine nutzerinnenorientierte Versorgung ist es wichtig, dass Hebammen sich ihrer Betreuungskonzepte und -modelle bewusst sind und ihr Handeln reflektieren.

5.4 Veränderter Beratungs- und Unterstützungsbedarf im Wochenbett

Die WHO bezeichnet das Wochenbett als kritische Übergangszeit für die Frau, ihr Neugeborenes und ihre Familie auf physiologischer, psychologischer und sozialer Ebene (WHO, 1999b). Die in der vorliegenden Studie befragten Hebammen erleben eine Ausweitung des traditionellen Spektrums ihrer Tätigkeit. Sie geben an, dass Beratungsanteile mit psychosozialer Ausrichtung gegenüber anderen Handlungsformen zugenommen haben. Neben der gesundheitlichen Versorgungsleistung stehen zunehmend die Begleitung und Beratung der Familien hinsichtlich ihrer neuen Lebenssituation im Vordergrund.

Die Pluralisierung gesellschaftlicher Normen und Werte, veränderte Familienstrukturen sowie fehlende Rollenmodelle tragen dazu bei, dass viele Frauen und Paare beim ersten Kind über unzureichende Informationen und Erfahrungen zur Elternschaft verfügen (vgl. Kapitel 2.2.4). Die von einigen Hebammen wahrgenommene, zunehmende Verunsicherung junger Eltern kann auch in anderen westlichen Industrienationen beobachtet werden (Bogossian, 2007; Cattrell et al., 2005; Seefat-van Teeffelen et al., 2011): „*Research is building us a picture of new mothers under pressure- with huge adjustment to new roles without familial support of past generations*“ (Walsh & Newburn, 2002, S. 543). Hier wird ein lebensweltlich orientierter Betreuungsbedarf sichtbar, der es er-

fordert, sich an der Frau und ihrer Familie in der alltäglichen Lebenssituation mit dem Kind zu orientieren (Marotzki, 2006, S. 141).

Ein lebenswelttheoretischer Bezug wird auch als Grundlage von professionellen psychosozialen Beratungssituationen diskutiert (Schubert, 2014; Zurhorst, 1998). Dabei stehen Konzepte im Vordergrund, die das wechselseitige Zusammenwirken zwischen den Personen und ihrer Umwelt angemessen erfassen (Schubert, 2014). Dies erfordert eine erweiterte Beratungsperspektive, die die komplexen Bedingungen des alltäglichen Lebens einbezieht. Dieser Prozess wird als vielschichtig beschrieben (ebd.). Zweifellos ist das Handlungsfeld der professionellen psychosozialen Beratung komplex und bedarf fundierter Kenntnisse, die in vielen Hebammenausbildungsprogrammen bislang nicht angemessen vermittelt werden. Da einige der befragten Hebammen zunehmende psychosoziale Anteile von Betreuungs- und Beratungssituationen erwähnten, wurde der Begriff im Rahmen dieser Forschungsarbeit dennoch aufgegriffen.

Empfehlungen zum Leistungsumfang psychosozialer Unterstützung und Definitionen der Dimensionen sozialer Unterstützung von Hebammenarbeit bleiben jedoch oft mehrdeutig. In einer niederländischen Studie wurden 21 gesunde Schwangere zu ihren Präferenzen hinsichtlich der psychosozialen Unterstützung durch Hebammen beim Übergang zur Mutterschaft befragt. Die Frauen wünschen sich eine aufmerksame, proaktive sowie professionelle Unterstützung und erwarten von Hebammen einen umfassenden Blick auf die Übergangsphase sowie eine Unterstützung bei allen Umstellungsprozessen (Seefat-van Teeffelen et al., 2011).

Ein diskutiertes konzeptuelles Modell der sozialen Unterstützung unterscheidet vier Kategorien beim Übergang zur Mutterschaft: emotionale, greifbare, vergleichende Unterstützung sowie Unterstützung durch Informationen (Bogossian, 2007; Seefat-van Teeffelen et al., 2011). Nach diesem Modell beinhaltet die emotionale Unterstützung, „*emotional support*“, Vertrautheit, Verbundenheit, Bestärkung sowie Zutrauen; die greifbare Unterstützung, „*tangible support*“, umfasst die Bereitstellung praktischer Hilfe und die vergleichende Unterstützung, „*comparison support*“, beschreibt die Beratung durch eine Person in einer ähnlichen Situation oder mit ähnlichen Erfahrungen. Die vierte Kategorie umfasst die Bereitstellung von Informationen, „*informational support*“, die einer Frau helfen, das Problem zu lösen (Bogossian, 2007, S. 170). Bei den Hebammen der vorliegenden Studie lassen sich Handlungsansätze in allen vier Kategorien sozialer Unterstützung erkennen. Lediglich die vergleichende Unterstützung kann

anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht interviewübergreifend nachgewiesen werden. Diese Komponente zeigt sich bei den Hebammen, denen die Vernetzung der Mütter mit ihrer Peergruppe und soziale Kontakte mit anderen Müttern wichtig sind.

Soziale Unterstützung und verfügbare psychosoziale Ressourcen haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit (Robert Koch Institut [RKI], 2010, S. 134; Wirtz & Strohmer, 2014, S. 1560). Ein Mangel an psychosozialer Unterstützung ist einer der Hauptgründe für psychische Erkrankungen nach der Geburt (Enkin et al., 2000, S. 436). Im Kontext sozialer Unterstützung im Wochenbett werden besonders Familienangehörige als Ressource betrachtet (Grieshop, 2013, S. 54f.). Familiäre Unterstützung hat einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Erstgebärenden im Wochenbett (Leahy-Warren, McCarthy & Corcoran, 2012). Um Familienangehörige situationsangemessen einbeziehen zu können, brauchen die betreuenden Hebammen nach Grieshop (2013, S. 55) Kenntnisse über die Qualität zentraler familiärer Strukturen der Frau. Durch die aufsuchende Betreuungsarbeit in der Zeit der Familiengründung haben Hebammen die Möglichkeit, früh mit Familien in Verbindung zu treten (Sayn-Wittgenstein, 2007, S. 188). Obwohl sich nicht alle Hebammen dieser Studie in der Verantwortung sehen, Familienbildung zu fördern und den Vater und andere Familienangehörige konstant in den Betreuungsprozess zu integrieren, wird die familiäre Unterstützungsleistung für die Frau interviewübergreifend anerkannt. Die Ergebnisse bestätigen, dass Hebammen und Frauen bereits in vorgeburtlichen Gesprächen die Familienstrukturen und die Zugehörigkeit bestimmter Personen zur Familie aus Sicht der Frau klären können. Diese Vorbereitung wird vor dem Hintergrund des Wandels traditioneller Familienstrukturen und einem erweiterten Familienbegriff als zentral bewertet (Grieshop, 2013, S. 54). Auch Schnepf (2006, S. 62) weist darauf hin, dass die Familie das ist, „*was die Betroffenen darunter verstehen*“. Der Befund, dass von den Hebammen dieser Studie in diesem Kontext vermehrt Großmütter und weniger Großväter erwähnt werden, bestätigt Erkenntnisse aus der Familienforschung, die belegen, dass sich besonders Großmütter mütterlicherseits als wichtige Helferinnen in familiären Krisensituationen erweisen und erhebliches emotionales Unterstützungspotential einbringen (Brake & Büchner, 2007, S. 211).

Ein erweiterter Unterstützungsbedarf in der Wochenbettbetreuung entsteht auch durch eine steigende Anzahl chronischer Erkrankungen bei Frauen in der reproduktiven Lebensphase. Vor diesem Hintergrund ist es interessant, dass aus Perspektive der befrag-

ten Hebammen ihre professionelle Expertise bei dieser Zielgruppe nicht ausgeschöpft wird. Oftmals wird eine chronisch erkrankte Frau in Bezug auf ihr Krankheitsbild als Expertin erlebt, so dass sich die Hebammen hinsichtlich ihrer Leistungen nicht so gefordert sehen. In diesem Zusammenhang zeigen Ergebnisse einer Studie von Lange et al. (2015), dass eine Unsicherheit bezüglich des spezifischen Betreuungsbedarfs der Gruppe chronisch erkrankter Frauen besteht.

5.5 Strukturelle Herausforderungen im Betreuungskontext

Der Mangel an freiberuflich tätigen Hebammen führt dazu, dass viele der in der vorliegenden Studie befragten Hebammen mehr Anfragen von Frauen für eine Wochenbettbetreuung erhalten, als sie aus Kapazitätsgründen annehmen können. Dieser Befund bestätigt die Ergebnisse von Datenerhebungen zur Versorgungs- und Vergütungssituation außerklinisch tätiger Hebammen in Deutschland (Albrecht et al., 2012; Loos, 2015). Die in der vorliegenden Studie ermittelten regionalen Unterschiede im Versorgungsangebot finden sich in den beiden aktuellen Datenerhebungen ebenfalls wieder (ebd.). Die befragten Hebammen der vorliegenden Studie sprechen mehrfach den Zeitmangel bei der Betreuung von Mutter und Kind an und führen diesen auf den personellen Ressourcenumangel sowie auf finanzielle Limitierungen zurück.

Zeitliche Limitationen spielen in der vorliegenden Studie nicht nur im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zeit pro Hausbesuch, sondern auch bei der Länge der Wochenbettbetreuung eine Rolle. Der Nutzen einer verlängerten Wochenbettversorgung für die Frau und ihre Familie wird von den Hebammen dieser Studie kontrovers diskutiert. Dabei entsprechen die strukturellen Bedingungen der Wochenbettversorgung in Deutschland nicht den vorherrschenden Versorgungsformen in anderen Ländern. International variiert die Wochenbettbetreuung hinsichtlich der Verweildauer in der Klinik zwischen anderthalb und fünf Tagen (OECD, 2016), der Länge des Betreuungszeitraums, dem Ort der Betreuung sowie auch hinsichtlich Inhalt und Qualität (Bull et al., 2004; European Midwives Association, 2010; Schmied & Bick, 2014). Während eine fehlende langfristige postpartale Unterstützung vorwiegend von Nutzerinnen in Ländern mit einer kürzeren Betreuungszeit bedauert wird (Razurel et al., 2011), belegen auch Zahlen aus Deutschland, dass sich Frauen mehr bzw. längere Besuche durch die Hebamme wünschen (Deutscher Hebammenverband, 2013b; Schwarz, 2010). Dieser Wunsch nach einer größeren Anzahl von Hausbesuchen muss aber angesichts des oftmals nicht ausgeschöpften Betreuungszeitraums kritisch bewertet werden. Der Nutzen

einer zunehmenden Hausbesuchsfrequenz sowie einer Ausweitung des Betreuungszeitraums wurde bereits in einigen Studien belegt (Grieshop, 2013; MacArthur et al., 2002; 2003; McLelland et al., 2015; Yonemoto et al., 2013). Ein längerer Betreuungszeitraum wirkt sich unter anderem positiv auf die Begleitung des Stillprozesses aus (McLelland et al., 2015). Zudem konnten MacArthur et al. (2002) nachweisen, dass Frauen, die über drei Monate individuelle Hebammenbetreuung erhielten, vier Monate nach der Geburt bessere psychische Gesundheitsparameter aufwiesen als Frauen, die routinemäßig nur innerhalb der ersten 14 Tage nach der Geburt durch Hebammen versorgt wurden. Auch eine Längsschnittstudie aus Deutschland zum Gesundheitsverhalten von Müttern nach der Geburt zeigt erste positive Hinweise auf die Effektivität einer verlängerten Wochenbettbetreuung (Grieshop, 2013). Dagegen fanden Grylka-Baeschlin et al. (2014) sieben Wochen post partum zwischen deutschen und schweizerischen Frauen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der mütterlichen Lebensqualität, obwohl die Frauen in der Schweiz postpartal nur zehn Tage betreut werden. Diese uneinheitlichen Befunde verweisen auf einen weiteren Forschungsbedarf.

Ein wichtiger Parameter für das gesundheitliche Wohlbefinden der Frauen im Wochenbett ist die Betreuungskontinuität. Dieses Konzept wird in der Literatur sowohl im Kontext der Kontinuität der Betreuenden, „*continuity of caregiver*“, als auch hinsichtlich einer Betreuung über die gesamte generative Lebensphase, „*continuity of care*“, diskutiert (Biro, Waldenström, Brown & Pannifex, 2003). Während in Deutschland eine kontinuierliche Hebammenbetreuung theoretisch möglich ist, bieten unterschiedliche Versorgungsstrukturen in anderen Ländern diese Möglichkeit zum jetzigen Zeitpunkt nur begrenzt. Allerdings wird in der vorliegenden Studie deutlich, dass nicht alle Hebammen des Samples eine entsprechende Betreuungskontinuität gewährleisten. Nur knapp ein Fünftel der Studienteilnehmerinnen bieten Leistungen in allen Bereichen einschließlich der außerklinischen Geburtshilfe an. Bei den meisten Hebammen liegt der Schwerpunkt des Leistungsangebots auf der Schwangeren- und Wochenbettbetreuung, einige wenige leisten keine Schwangerenvorsorge. Insgesamt kann aber für die Tätigkeitsfelder während der Schwangerschaft und im Wochenbett größtenteils von einer personellen Kontinuität der Betreuung ausgegangen werden, in der die Frau von einer ihr bekannten und zuständigen Hebamme betreut wird. Zwei der insgesamt 28 teilnehmenden Hebammen betreuen im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis ihre Klientinnen zusammen. Daten internationaler Studien belegen, dass eine Kontinuität während der Schwangerschaft und im Wochenbett gleichwertig gegenüber einer alle geburtsas-

soziierten Versorgungsbereiche umfassenden Betreuungskontinuität zu betrachten ist (Baston & Green, 2002; Farquhar, Camilleri-Ferrante & Todd, 2000; Green, Renfrew & Curtis, 2000).

Grundsätzlich erleichtert die Kontinuität der Betreuenden die Einschätzung des gesundheitlichen Wohlbefindens von Mutter und Kind und fördert die Vermittlung einheitlicher Informationen. Dies wird durch Erkenntnisse internationaler Studien bestätigt (Gibb & Hundley, 2007; McLelland et al., 2015; Olsson et al., 2011). Zudem wird eine kontinuierliche Betreuung mit einer erhöhten Arbeitszufriedenheit der Hebammen sowie mit einer stärkeren persönlichen Zufriedenheit der Frauen assoziiert (Green et al., 2000). Farquhar et al. (2000) konnten nachweisen, dass Frauen sich im Wochenbett wohler fühlen, wenn ihnen die betreuende Hebamme bekannt ist. Kennen sich Hebamme und Frau bereits aus der Schwangerschaft, verringert dies unter Umständen den Betreuungsaufwand im Wochenbett, da wichtige Informationen bereits im Vorfeld besprochen werden können. Dieser Befund deckt sich mit Ergebnissen von Marsh und Sargent (1991), die zusätzlich zu den zeitlichen Einsparungen auch eine höhere Effizienz der Wochenbettbesuche feststellten.

Darüber hinaus konnte in der vorliegenden Studie gezeigt werden, dass die aufsuchende Hebammenarbeit sowie die Kontinuität der Betreuenden weitere Vorteile im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen aufweist. So sind Hebammen aufgrund der aufsuchenden und zu Beginn täglichen Besuchsstruktur in der Lage, Betreuungsschwerpunkte auf Wunsch der Frau oder je nach Bedarf auf den folgenden Hausbesuch zu verschieben. Der gesetzlich neu verankerte zeitliche Rahmen einer postpartalen Betreuung von zwölf Wochen erlaubt es den Hebammen, eine für Mutter und Kind bedürfnisgerechte Betreuung zu gewährleisten und dabei individuelle Betreuungskonzepte umzusetzen.

Ein in der vorliegenden Arbeit als Herausforderung beschriebener Aspekt der Hebammenarbeit liegt in der Zusammenarbeit und Vernetzung der freiberuflich tätigen Hebammen mit anderen Berufsgruppen und Versorgungsbereichen. Hebammen handeln in der häuslichen Wochenbettbetreuung an einer sektorenübergreifenden Schnittstelle zwischen dem klinischen und ambulanten Versorgungsbereich. Im Einklang mit internationalen Studien treten an dieser Schnittstelle häufig Kommunikationsdefizite, einschließlich verspäteter oder lückenhafter Weitergabe von Informationen, auf (Psaila, Kruske, Fowler, Homer & Schmied, 2014). Diese Aspekte erschweren den Betreuungsprozess und eine bedürfnisgerechte Einschätzung der Ressourcen der Frau und ihrer Familie.

Die Relevanz einer konstruktiven Kooperation wird besonders im Zusammenhang mit Kriseninterventionen im Wochenbett betont (Zoege, 2004, S. 279). Im Vordergrund der Zusammenarbeit sollten gemeinsame Absprachen aller Akteure und eine damit verbundene bestmögliche gesundheitliche Versorgung von Mutter und Kind stehen.

Bei der in den letzten Jahren festgestellten Erhöhung der Anzahl freiberuflich tätiger Hebammen handelt es sich teilweise um Hebammen, die neben einem Angestelltenverhältnis zusätzlich freiberuflich tätig geworden sind (Albrecht et al., 2012). Im Sample der vorliegenden Studie zeigte sich, dass Hebammen die dieser Arbeitsform nachgehen, über ein gut ausgebautes professionelles klinisches Netzwerk verfügen.

5.6 Grenzen der Studie und Ausblick für weitere Forschung

Die vorliegende Studie gibt einen umfassenden Einblick in berufliche Handlungsprozesse freiberuflich tätiger Hebammen in der häuslichen Wochenbettversorgung. Die Ergebnisse der Studie werfen interessante Fragen für die Hebammenforschung in Deutschland auf und können Ausgangspunkt für weitere Arbeiten sein, die sich mit dem professionellen Handeln von Hebammen oder der Wochenbettbetreuung befassen.

Aufgrund des noch wenig erschlossenen Forschungsfeldes lag das Ziel der vorliegenden Studie darin, die Handlungspraxis der Hebammen über eine explorative Herangehensweise zu erschließen. Die Ergebnisse der Studie sind aufgrund des methodischen Ansatzes nicht im Sinne einer quantitativen Repräsentativität verallgemeinerbar, vielmehr repräsentieren sie aufgrund des heterogenen Samples einen begrenzten, aber komplexen Ausschnitt der Wirklichkeit. Die Ergebnisse können zur Verbesserung gesundheitlicher Versorgungsleistungen in der postpartalen Phase und zur Generierung von Professionswissen beitragen. Die Konzentration auf die Alltagspraxis ist der Verortung der Hebammenwissenschaft als eine sich in der Entwicklung befindlichen Praxiswissenschaft und einer damit erforderlichen Theoriebildung geschuldet.

Aufgrund der Datenerhebungsmethode durch offene Leitfadeninterviews besteht die Studiengruppe überwiegend aus Hebammen, die motiviert und bereitwillig Auskunft über ihr berufliches Handeln und Denken geben. Diese Annahme wird unter anderem durch die relativ lange Interviewdauer von durchschnittlich 68 Minuten belegt. Die Bereitschaft der Hebammen, offen über ihre Arbeit zu sprechen sowie trotz eines hohen Arbeitsaufkommens Zeit für dieses Forschungsvorhaben zur Verfügung zu stellen, zeugt von einem hohen Interesse am Tätigkeitsfeld. Die Teilnahme an der Studie ist

mehrheitlich mit dem Wunsch der Hebammen, den Status quo zu verbessern, verbunden. Bei der Bewertung der Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass nicht-teilnehmende Hebammen möglicherweise andere Sichtweisen auf ihre Tätigkeit haben und auch andere Handlungsansätze realisieren.

Trotz des Versuchs einer größtmöglichen Offenheit während der Interviewdurchführung kann eine lenkende Einflussnahme der Interviewerin durch die Festlegung der Themen des Leitfadens nicht vollständig ausgeschlossen werden. Aufgrund der ausführlichen Nutzung der abschließenden Interviewfrage nach grundlegenden Themen, die nicht angesprochen wurden, ist jedoch davon auszugehen, dass die für die Teilnehmerinnen relevanten Themen erfasst und analysiert werden konnten.

Der Einschluss von Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund stellte in dieser Studie zunächst kein spezifisches Einschlusskriterium dar. Allerdings lässt die Position einer Teilnehmerin mit Migrationshintergrund zur Wochenbettkultur darauf schließen, dass es von Bedeutung wäre, die Thematik auch bezüglich kulturell motivierter Perspektiven zu erweitern.

Die Ergebnisse beinhalten die Sichtweisen der Hebammen zum Tätigkeitsfeld der Wochenbettbetreuung, zum betreuten Klientel und zum eigenen professionellen Handeln. Aufgrund unterschiedlicher Feld-Zugangswege über persönliche aber auch professionelle Kontakte, konnte einem zu homogenen und engen Rekrutierungskreis beim Schneeballsystem (Helfferich, 2011, S. 174) entgegengewirkt werden. Kritisch einzuschätzen ist jedoch, dass sich im Sample viele Berufserfahrene befinden sowie Hebammen, denen es wichtig war, über ihre Arbeit in der Wochenbettbetreuung zu berichten und sich bereitwillig für das Interview zur Verfügung gestellt haben. Weiterhin ist davon auszugehen, dass das berichtete Handeln in der Regel nicht in allen Fällen identisch mit der realen Praxis ist (Dunkelberg, 2005). Für weitere Forschungsarbeiten wäre unter anderem die vergleichende Analyse der Sichtweisen der Hebammen und der Nutzerinnen zu fordern. Um die Interaktionen zwischen der Hebamme und Mutter und Kind im direkten Betreuungsprozess zu erfassen und ein detailliertes Verständnis der Hebammenarbeit zu erhalten, wären auch teilnehmende Beobachtungen zu empfehlen. Zusätzlich sollten auf der Basis der vorliegenden Ergebnisse weiterführende Studien die Nutzerinnenperspektive untersuchen und Frauen und Familien zu ihrem Erleben der Wochenbettbetreuung befragen. Die Nutzerinnenperspektive sollte dabei immer auch die Bedürfnisse der Kinder integrieren.

Aufgrund des methodischen Vorgehens der Studie konnte der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsverständnis einzelner Hebammen und ihren Handlungsansätzen nicht analysiert werden. Bezüglich dieser Fragestellung besteht weiteres Erkenntnisinteresse. Zudem sollten weitere Studien das Phänomen des mütterlichen Nichteinhaltens des empfohlenen Betreuungskonzepts *Schonzeit* näher untersuchen. Dabei könnten Fragen zur Funktion dieses Konzepts und Evidenzen für seine Auswirkungen im Vordergrund stehen. Weiterhin gilt es zu untersuchen, welches Wissen und welche Fähigkeiten bei der Betreuung notwendig sind, um mütterliche gesundheitliche Beschwerden nach der Geburt zu minimieren.

Um die postpartale Versorgung effektiv und nachvollziehbar bewerten zu können, bedarf es der Entwicklung eines Instruments zur Messung der Qualität der Wochenbettbetreuung. Ein derartiges Instrument sollte sich nicht nur auf Ergebnisparameter, wie Stillen, Gesundheit und Vertrauen in die Elternschaft, konzentrieren, sondern auch erfassen, wie gut sich Frauen auf die Umstellungsprozesse im Wochenbett vorbereitet fühlen und ob die Hebammenbetreuung ihren Vorstellungen entspricht. Bezogen auf die häusliche Wochenbettbetreuung existiert derzeit ein solches Instrument auch international nicht.

Im Zuge der Entwicklung der Hebammenwissenschaft bedarf es eines wissenschaftlichen Diskurses zur Definition des Hebammenkundlichen Handelns. Auch müssen das Hebammenwissen weiter systematisch erfasst und Hebammenleistungen klassifiziert werden. Neben dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn wären diese Daten auch von berufspolitischer Relevanz. Wenn sich das Entgelt der Hebammenarbeit auf konkrete Leistungsbeschreibungen stützen soll, müssen auch implizite Hebammentätigkeiten beschrieben werden (Cignacco, 2006, S. 17). Dazu leistet die vorliegende Studie einen wesentlichen Beitrag. Ob mit der Beschreibung der Hebammentätigkeiten gleichermaßen auch die Entwicklung eines Klassifikationssystems für die häusliche Wochenbettbetreuung verbunden sein sollte, muss unter Einbezug der Ergebnisse und der Berücksichtigung der fehlenden Standardisierbarkeit des Handlungsfeldes neu diskutiert werden. Internationale Erfahrungen zeigen, dass – zusätzlich zu den erforderlichen Kompetenzen – Leitlinien und professionelle Behandlungspfade das Hebammenhandeln unterstützen und zur adäquaten Einschätzung und Realisierung von Betreuungssituationen beitragen können (Haran et al., 2014; Lees, 2009; Richens, 2007). In Großbritannien werden beispielsweise die NICE-Leitlinien zur Wochenbettbetreuung herausgegeben (National Institute for Health and Care Excellence, 2006). Diese unterstützen Heb-

ammen und Nutzerinnen dabei, Entscheidungen auf der Grundlage der bestmöglichen Evidenz zu treffen. Neben übergeordneten Schlüsselthemen, wie einen bereits in der Schwangerschaft gemeinsam von Hebamme und Frau erstellten Betreuungsplan, bietet die Leitlinie detaillierte Empfehlungen für konkrete Betreuungssituationen. Fachspezifische Standards und Leitlinien sollten gemeinsam von Beteiligten aus der Praxis und der Wissenschaft entwickelt und regelmäßig überarbeitet werden. Sicherzustellen ist, dass das Praxiswissen und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse integriert und auch Studien aus der Nutzerinnenperspektive eingeschlossen werden. In Anlehnung an die NICE-Leitlinie wäre die Entwicklung einer Leitlinie zur postpartalen häuslichen Wochenbettbetreuung durch die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften unter Einbezug aller an der geburtshilflichen postpartalen Versorgung beteiligten Akteure denkbar.

Ebenso zu empfehlen wäre die Entwicklung und Implementierung eines evidenzbasierten Expertinnenstandards für die Wochenbettbetreuung entsprechend der methodischen Vorgehensweise des Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege - DNQP (DNQP, 2015). Monodisziplinär entwickelt, stellt ein Expertenstandard ein Instrument mit professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der Zielgruppe entspricht und Kriterien zur Erfolgskontrolle der Betreuung mit einschließt (ebd. 2015, S. 5). Die Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien oder Expertenstandards setzt voraus, dass die Arbeitsinhalte im Tätigkeitsfeld der ambulanten Wochenbettbetreuung klar definiert sind.

Vor dem Hintergrund der gestiegenen Anforderungen an die Wochenbettbetreuung und der geforderten Auseinandersetzung der Hebammen mit der Qualität ihrer Arbeit ist der Einbezug theoriegeleiteter Modelle, die das Handeln der Hebammen in der häuslichen Wochenbettbetreuung zielführend leiten, unverzichtbar. Das in dieser Studie aufgezeigte heterogene Berufsverständnis lässt vermuten, dass die Hebammen auch aufgrund fehlender Betreuungskonzepte und -modelle, ihren Handlungsbereich individuell bestimmen. Die Formulierung von und Orientierung an Hebammenmodellen wirkt sich unterstützend auf die Reflektion des Handelns aus. Zudem lässt sich daraus ableiten, warum bestimmte Bedürfnisse der Frauen von den Hebammen erfasst oder nicht erfasst werden (Bryar, 2003, S. 191ff.). Eine stärkere Theorieorientierung resultiert in einer höheren Qualität der Praxis (Shaya, Käppeli & Schnepf, 2013). Neben einem Diskurs über das professionsspezifische Selbstverständnis in den verschiedenen Settings und

insbesondere für den ambulanten Betreuungsbereich ist eine Entwicklung konkreter Modelle für die Wochenbettbetreuung denkbar. Wichtig dabei ist, das in dieser Arbeit deutlich werdende implizite Berufsverständnis mit der Nutzerinnenperspektive und damit mit einem expliziten Berufsverständnis abzugleichen. Bei der Entwicklung von Modellen sollten internationale Erkenntnisse in die theoretischen Überlegungen einfließen. Beispielhaft seien hier Modelle zum Betreuungsverständnis von Hebammen genannt: *Professionalism of the good midwife* (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011), *Model of exemplary midwifery practice* (Kennedy, 2000), *The midwifery partnership* (Guilliland & Pairman, 2010), *Nurse-Midwifery process of care* (Thompson, Oakley, Burke & Conkill, 1989). Weiterhin sollten Hebammenmodelle sowie Pflege-theorien integriert werden, die sich konkret auf die gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Familien beziehen (Fahey & Shenassa, 2013) bzw. übertragen lassen (vgl. Bryar, 2003; Moers & Schaeffer, 2011). Die konzeptuellen Erkenntnisse müssen intradisziplinär diskutiert und konsensuell entwickelt werden. Daraus ließen sich Perspektiven für die Ausbildung im Berufsfeld der Hebammen ableiten bzw. berufsspezifische fachdidaktische Konzepte entwickeln.

Das Wissen um die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen einer Geburt auf das mütterliche Wohlbefinden kann Hebammen helfen, unterstützende Betreuungsstrategien für Frauen zu entwickeln und eine bedürfnisgerechte postpartale Betreuung zu leisten (Biro, 2011; Lavender, Bennett, Blundell & Malpass, 2002). Dafür ist es notwendig, im Rahmen von Langzeitstudien gesundheitliche Outcomes zu erheben und sicherzustellen, dass diese Daten Eingang in die Hebammenpraxis finden. Eine erweiterte Darstellung der Morbidität von Frauen nach der Geburt kann zudem für die Evaluation der geburts-hilflichen Versorgung genutzt werden und helfen, fundierte Empfehlungen für die Wochenbettversorgung zu entwickeln (Grieshop et al., 2013). Als richtungsweisend kann ein an der Hochschule Osnabrück im Rahmen des Forschungsschwerpunktes *IsQua* entwickeltes, sektorenübergreifendes Dokumentationsverfahren für die Wochenbettbetreuung gelten, mit dem die körperliche und die psychosoziale Gesundheit der Mutter zu verschiedenen Zeitpunkten erfasst werden kann (ebd.).

6 Implikationen für die Praxis

In diesem abschließenden Kapitel erfolgt eine Einordnung der Ergebnisse vor dem Hintergrund ihrer praktischen Relevanz. Aus den Ergebnissen lassen sich Implikationen sowohl für das berufliche Handeln der Hebammen und die postpartale Versorgungsgestaltung als auch für die Aus- und Weiterbildung von Hebammen ableiten.

6.1 Postpartale Versorgungsgestaltung und Hebammenpraxis

Die ambulante Wochenbettbetreuung in Deutschland ist derzeit weder institutionell gestützt noch existieren für die Durchführung evidenzbasierte Leitlinien oder Expertenstandards. Das professionelle Handeln basiert auf unterschiedlichen Sichtweisen der Hebammen über ihre Rolle in der Wochenbettbetreuung und erfolgt zudem in Abhängigkeit individueller Handlungskompetenzen.

Die vorliegenden Ergebnisse verweisen auf ein komplexes und in der Praxis heterogen gestaltetes Tätigkeitsfeld. Besonders die Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Rolle der Hebammen im Rahmen der Familienbildung sowie die Betonung psychosozial und lebensweltlich ausgerichteter Betreuungsschwerpunkte, verweisen auf klare Mängel bei der Definition von Versorgungsaufträgen. Eine eindeutige Beschreibung ihres Arbeitsspektrums könnte die Hebammen unterstützen, ihre Ressourcen bestmöglich zu nutzen. Derzeit ist der Leistungsanspruch über die Hebammenvergütungsvereinbarung (GKV Spitzenverband, 2015) definiert, die in ihrer aktuellen Fassung keine konkreten Hebammenleistungen für die Wochenbettbetreuung enthält. Eine Aufstellung von Leistungen, die im Sinne § 24d SGB V in der Wochenbettbetreuung von den Hebammen erbracht werden sollen, existiert bislang nicht. Die Berufsgruppe sollte sich darüber verständigen, ob der Hebammentätigkeit im Wochenbett ein erweiterter, über jetzige Leistungsbeschreibungen der Hebammenberufsordnungen hinausgehender Versorgungsauftrag erteilt werden muss und ob familienbildende Aufgaben integriert werden sollten. Vor dem Hintergrund des beschriebenen veränderten Beratungs- und Unterstützungsbedarfs im Wochenbett sollte geklärt werden, was Hebammen unter einer familienorientierten Betreuung verstehen und wo sie ihre Rolle innerhalb zunehmender Beratungsleistungen verorten. Dies ist auch im Rahmen der geforderten Abgrenzung der durch die Gebührenordnung abgedeckten Wochenbettbetreuungsleistungen zu familienhebammenhilflichen Leistungen dringend erforderlich. Zusätzliche Leistungsansprüche benötigen eine finanzielle Regelung und müssen inhaltlich in den Ausbildungspro-

grammen berücksichtigt werden. Im Kontext finanzieller Limitationen wäre zudem zu prüfen, ob auch bei der Abrechnung von Wochenbettleistungen (GKV Spitzenverband, 2015) analog zu den Leistungen in der Schwangerschaft zwischen regulären Hausbesuchen und Hilfen bei Beschwerden unterschieden werden kann.

Ein signifikanter positiver Effekt der bedürfnisgerechten Hebammengeleiteten Wochenbettbetreuung auf die mütterliche psychische Gesundheit konnte in internationalen Studien nachgewiesen werden (Dennis & Dowswell, 2013; MacArthur et al., 2002; 2003). MacArthur et al. (2002; 2003) untersuchten den mütterlichen Gesundheitszustand systematisch, mithilfe von Symptom-Checklisten, dem EPDS sowie evidenzbasierten Richtlinien. Der EPDS-Bogen ist das am weitesten verbreitete Screening-Instrument zum Erkennen postpartaler Depressionen und liegt auch in einer validierten deutschen Fassung vor (Bergant, Ngyen, Heim, Ulmer & Dapunt, 1998; Cox, Holden & Sagovsky, 1987). In der vorliegenden Studie nutzen nur wenige Hebammen Assessment-Instrumente, wie den EPDS-Bogen zum Screening depressiver Erkrankungen. Gleichzeitig geben sie an, dass psychische Auffälligkeiten bei Frauen nach der Geburt schwerer als körperliche Beschwerden einzuschätzen sind. Im internationalen Hebammenwesen und in der Pflege werden Assessment-Instrumente schon länger zur Unterstützung der Diagnostik genutzt (Bartholomeyczik & Halek, 2009; Tebbe, Terluin & Koelewijn, 2013; Yelland et al., 2007). Wichtig ist es, die Aussage von Assessment-Instrumenten stets vor dem Hintergrund der Expertise der Anwenderin sowie der Perspektive der Frau zu betrachten. Unter der Voraussetzung einer reflektierten und professionellen Anwendung können Assessment-Instrumente zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung dienen (Bartholomeyczik & Halek, 2009) und sollten vermehrt in die berufliche Praxis von Hebammen integriert werden. Neben dem EPDS-Bogen existieren weitere Assessment-Instrumente, die für eine Anwendung in der Wochenbettbetreuung geeignet sind. Beispielhaft seien hier verschiedene Instrumente zur Schmerzeinschätzung (Stueter & Bischofberger, 2011) genannt.

Im Kontext entwicklungspsychologischer Betrachtungen wird die Geburt eines Kindes für die Frau und ihre Familie als normativer Übergang im Lebenslauf eingeordnet (Filipp & Aymanns, 2010, S. 21). Um das Krisenpotential dieses Übergangs zu minimieren, sollten sich die Beteiligten bereits im Vorfeld um ein Verständnis für die neue Situation bemühen und Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten abschätzen (ebd.). Die von den Hebammen dieser Studie mehrfach angesprochenen unrealistischen Erwartun-

gen der Frauen zum Leben mit einem Kind belegen die Relevanz präventiver Ansätze der Hebammenarbeit. Bei der Einschätzung der psychischen Gesundheit sollte Frauen, die ein Risiko für eine psychische Belastung aufweisen, besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Dazu zählen Mütter mit einem übermäßig viel weinenden Kind, alleinstehende Mütter sowie Erstgebärende (Stachelin, Kurth, Schindler, Schmid & Zemp Stutz, 2013). Wichtig ist es, eine kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten und Frauen möglichst früh in der Schwangerschaft zu betreuen. Ein solches Betreuungskonzept schafft die Grundlagen für die Vermittlung der Notwendigkeit eines Gleichgewichts von Ruhe- und aktiven Phasen, für die Identifizierung von Ressourcen und für die Entwicklung individuell angepasster Strategien. Zusätzlich sollten die in dieser Studie aufgezeigten divergierenden Vorstellungen von Hebammen und Frauen zu Schonzeiten im Wochenbett Anlass geben, dieses Konzept hinsichtlich einer selbstbestimmten Entscheidung der Wöchnerin neu einzuordnen.

Die in Deutschland etablierte, gesetzlich verfügbare Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme bis zur 12. Lebenswoche des Kindes ist im internationalen Vergleich einmalig. Während jedoch in anderen Ländern, wie in Neuseeland und Großbritannien, die ambulante Wochenbettbetreuung zwar in einem kürzeren Zeitraum, aber automatisch bei allen Frauen durchgeführt wird, müssen sich Frauen in Deutschland selber um eine Hebammenbetreuung kümmern. Aufgrund des Hebammenmangels ist eine flächendeckende Wochenbettbetreuung nicht in allen Regionen gegeben. Dadurch manifestiert sich unter Umständen eine soziale Ungerechtigkeit, die zu einer potenziellen Schieflage der Versorgungsprioritäten führt. Betroffen sind besonders Frauen aus vulnerablen Bevölkerungsgruppen, mit anderen kulturellen oder geringen Bildungshintergründen, die oft weniger gut gesundheitlich versorgt sind (Biro et al., 2012; Collatz, 2008; Schmied & Bick, 2014). Um eine Hebammenbetreuung für alle Frauen zu gewährleisten, sind verschiedene Schritte notwendig. Zum einen ist eine bessere Vernetzung zwischen niedergelassenen Gynäkologinnen/Gynäkologen, Pädiaterinnen/Pädiatern sowie Geburtskliniken mit den Hebammen wichtig. In Arztpraxen, relevanten Beratungsstellen und Kliniken sollte über das Angebot der Hebammenhilfe so breit und so früh wie möglich informiert werden. Um dem Hebammenmangel entgegenzuwirken, gilt es neben der Gewährleistung einer entsprechenden flächendeckenden Versorgungssituation auch neue Konzepte zu entwickeln. Beispielgebend könnte die in anderen Ländern übliche Einbindung von Hebammen über kommunale Strukturen in sogenannte Gesundheits- und Familienzentren sein.

Im Zuge einer kontinuierlichen Verbesserung von sektorenübergreifenden Versorgungsleistungen sollten sich in der Klinik tätige Hebammen, Pflegende und Ärztinnen/Ärzte dafür einsetzen, den Übergang vom klinischen Setting zur ambulanten Versorgung zu optimieren. Dazu gehört die Weitergabe mütterlicher und kindlicher Befunde in einem Entlassungsbrief. Auch sollten Richtlinien für den Versorgungsübergang vom stationären zum ambulanten Bereich konzipiert werden, die entsprechend QM-Vorgaben erstellt und auditiert sind (National Institute for Health and Care Excellence, 2006). Weiterhin gilt es sicherzustellen, dass alle Frauen über die Möglichkeit ambulanter Hebammenhilfe informiert sind und eine direkte Anschlussbetreuung durch außerklinisch tätige Hebammen erhalten.

6.2 Empfehlungen für die Aus- und Weiterbildung von Hebammen

Das in dieser Studie aufgezeigte heterogene Betreuungsverständnis lässt vermuten, dass die derzeitige Ausbildungsstruktur den wachsenden Anforderungen der täglichen Berufspraxis nicht gerecht wird. Die veraltete Ausbildungs- und Prüfungsverordnung mit ihrer Ausrichtung auf den klinischen Bereich schafft keinen genügenden Bezug zur Realität der ambulanten Wochenbettversorgung. Zunehmende Beratungsleistungen von Hebammen sowie eine sich verändernde Zielgruppenstruktur mit einem stärker lebensweltlich orientierten Beratungsbedarf werden hier nicht berücksichtigt. Die Begleitung und Beobachtung physiologischer mütterlicher Umstellungs- sowie kindlicher Entwicklungsprozesse sind konstante Grundelemente der Hebammenarbeit, aus denen sich diagnostische, pflegerisch-therapeutische, praktisch-anleitende und beratende Handlungsformen ergeben. Diese Handlungsformen sollten in Zukunft integrale Bestandteile aller Ausbildungsprogramme sein.

Die Hebammen dieser Studie wünschen sich, besonders auf die psychosozialen Aspekte der Wochenbettbetreuung in der Ausbildung besser vorbereitet zu werden und fordern einen besseren Zugang zu Informationen, um Frauen kompetent beraten und betreuen zu können. In einer in Deutschland durchgeführten Befragung, gaben 77 Prozent der Hebammen (N=170) an, durch die Ausbildung auf die Betreuung im Wochenbett nur einigermaßen, zu wenig oder gar nicht vorbereitet gewesen zu sein (Mattern & Stenz, 2006). Aufgrund fehlender Wissensbestände stehen Hebammen vor der Notwendigkeit, ihre Kompetenzen im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten aus dem Praxisalltag zu entwickeln bzw. durch Fortbildungen zu erweitern. Mangelnde Kompetenzen im Umgang mit komplexen psychosozialen Problemen werden auch in internationalen Studien

beschrieben (Hauck et al., 2015; Jones et al., 2011, 2012b; McCauley, Elsom, Muir-Cochrane & Lyneham, 2011; Stewart & Henshaw, 2002; Yelland et al., 2007). Zusätzlich identifizierten Hebammen in einer britischen Studie psychische Erkrankungen und deren Therapie sowie Fähigkeiten zur Beratung betroffener Frauen als spezifische verbesserungsbedürftige Bereiche (Stewart & Henshaw, 2002). Diese Felder wurden auch von den Hebammen der vorliegenden Studie als verbesserungswürdig identifiziert. Außerdem benötigen Hebammen einen besseren Zugang zu Informationen (Hauck et al., 2015). Dazu zählen auch Informationen zu professionellen Netzwerken, an die sie sich bei Problemen wenden bzw. die Frau überweisen können (Stewart & Henshaw, 2002).

Mit Überführung der Hebammenleistungen in das SGB V gilt für freiberuflich tätige Hebammen seit 2015 die Anforderung, qualitätssichernden Maßnahmen und damit auch Fortbildungen nachzuweisen (§ 134a SGB V). Eine verpflichtende Fortbildung für ein spezielles Themengebiet existiert derzeit jedoch nicht. Hebammen unterliegen einer Berufsordnung, die im jeweiligen Bundesland geregelt ist. Ein exemplarischer Blick in die aktuellen Fortbildungspflichten der Hebammenlandesverbände des DHV e. V. (Deutscher Hebammenverband, 2016) zeigt Differenzen bezogen auf die verpflichtende Stundenzahl und hinsichtlich Empfehlungen zu den berufsbezogenen Themen. Bei Fortbildungen zur Wochenbettbetreuung ist keine stärkere Gewichtung psychosozialer Bildungsinhalte erkennbar. Der Nutzen zielgerichteter Fortbildungsprogramme ist empirisch belegt. In Australien wurde ein Bildungsprogramm zur Erweiterung der Kommunikationsfähigkeiten für die Schwangeren- und Wochenbettbetreuung entwickelt und in verschiedenen Regionen im Rahmen einer Vorher-Nachher-Messung getestet. Ziel war es, die Fähigkeiten der Hebammen im Hinblick auf das Erkennen psychosozialer Auffälligkeiten von Frauen zu verbessern. Dafür wurden die Hebammen mit Workshops und begleitendem Informationsmaterial zu Themen wie frauenzentrierter Betreuung, aktivem Zuhören, nicht-direktiven Problemlösungsansätzen sowie Kommunikationsfähigkeiten geschult. Im Anschluss des Programmes waren die Teilnehmenden besser in der Lage mütterliche psychosoziale Probleme wie postpartale Depressionen oder häusliche Gewalt zu identifizieren und entsprechend zu handeln (Gunn et al., 2006; McLachlan, Forster, Collins, Gunn & Hegarty, 2011). Das komplexe Handlungsfeld der Wochenbettbetreuung setzt ein hohes Fachwissen der Hebammen voraus. Wichtig ist es, den Wissenstand im Sinne des lebenslangen Lernens stetig zu aktualisieren. Zusätzlich zu fachspezifischen Inhalten müssen Hebammen auch ihre Methodenkompetenzen erweitern. Neben Kompetenzen in der Beratungs- und Gesprächsführung müssen grund-

legende Kenntnisse im wissenschaftlichen Arbeiten erworben werden, um Forschungsergebnisse richtig zu deuten und auf Handlungssituationen übertragen zu können.

Die Tatsache, dass Hebammen mit einer höheren Ausbildungsqualifikation ein besseres Verständnis von antenatalen und postpartalen psychischen Erkrankungen zeigen (Jones et al., 2011), bestätigt die aktuellen Bestrebungen in Deutschland im Rahmen europarechtlicher Vorgaben (Europäisches Parlament, Rat der Europäischen Union, 2013) die Verortung der Hebammenausbildung auf Hochschulebene umzusetzen. Allerdings führt eine akademische Ausbildung nicht per se zu einer effektiveren Betreuung. Viele Hebammen in der Befragung von Jones et al. (2011) fühlten sich beispielsweise trotz akademischer Ausbildung in Australien nicht ausreichend für eine adäquate Betreuung schwangerer Frauen oder Wöchnerinnen mit depressiven Symptomen befähigt. Besonders der Umgang mit Assessment-Instrumenten wurde laut Aussagen der Teilnehmerinnen in den Hebammenstudienprogrammen nur unzureichend vermittelt (Jones et al., 2011).

Aus diesen Beobachtungen ergibt sich die Frage, wie die Ausbildung zukünftiger Hebammen gestaltet werden sollte. Im Zuge der Reformierung der Hebammenausbildung in Deutschland ist eine Überarbeitung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 1981 angedacht und unumgänglich. Grundsätzlich sollten berufliche Aus- und Weiterbildungsinhalte stärker auf die beratenden Anteile der Hebammenarbeit mit lebensweltlichen Bezug und den häuslichen Versorgungsbereich fokussieren. Bei der Komplexität der aktuellen Wochenbettpraxis muss sichergestellt werden, dass Hebammen über umfassendes fachliches und methodisches Wissen verfügen und die Fähigkeiten und Ressourcen besitzen, dieses Wissen in einer individuellen Betreuung umzusetzen. Ein wissenschaftlich begründetes, reflektiertes Hebammenhandeln und ein ganzheitliches Betreuungsverständnis setzen voraus, dass Bildungsangebote nicht nur neueste wissenschaftliche Erkenntnisse, sondern auch das praktische Erfahrungswissen der Hebammen integrieren. Die Bildungsangebote müssen eine persönliche und praxisbezogene Reflexion unterstützen. Neben einem fundierten theoretischen und praktischen Wissensbestand müssen Hebammen in der Lage sein, interventionspraktisch zu handeln und ihre Wissensbestände situationsbedingt und fallangemessen auf die Lebenswelt der Frau zu übertragen. Um das Bewusstsein für eine effektive Wochenbettbetreuung zu erhöhen, sind Fähigkeiten zur reflexiven Deutung von Betreuungssituationen und zur Reflexion des eigenen Handelns notwendig. Intuitive und hermeneutische Kompetenzen werden in

der jetzigen Hebammenausbildung kaum gefördert. Als professionalitätstheoretische Konsequenz lässt sich deshalb für die Fachdidaktik die Notwendigkeit der Entwicklung erweiterter, über die reine Wissensvermittlung auf rational kognitiver Basis hinausgehender Lernformen fordern. Um intuitive Kompetenzen zu fördern, müssen die Beziehungsarbeit, Gefühle, die sinnliche Wahrnehmung und das assoziative Gespür berücksichtigt werden (Friesacher, 2008, S. 204). In diesem Zusammenhang empfehlen Büssing et al. (2000), Lernenden die Möglichkeit einzuräumen, ihre Gefühle im Betreuungsprozess konstruktiv zu nutzen, um so den Umgang mit implizitem Wissen zu üben. Rollenspiele können helfen, Emotionen wahrzunehmen und über konkrete Praxiserfahrungen zu reflektieren (ebd.). Ein erprobtes Lehr-Lernkonzept zur Förderung des hermeneutischen Fallverstehens ist das problemorientierte Lernen (*POL*), das in Deutschland in einigen hoch- und berufsschulischen Hebammenausbildungsprogrammen bereits angewandt wird. Für die Ausbildung eines reflexiven Handlungsverständnisses werden deutungsoffene und komplexe Fälle konzipiert (Darmann, 2004, S. 467). Um das Deutungswissen und die Deutungskompetenz der Lernenden zu fördern, müssen problemorientierte Lehr-Lernkonzepte auf einem interaktionistischen Betreuungsverständnis aufbauen. Die Zusammenarbeit von Lernenden mit Praxisexperten kann zusätzlich die intuitiven Anteile des Fallverstehens erhöhen (ebd.). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die hier ausgeführten notwendigen Erweiterungen der Kenntnisse und Fähigkeiten nur im Rahmen einer hochschulischen Ausbildung erworben werden können.

6.3 Schlusswort

Die Ergebnisse dieser explorativen Studie geben Einblick in das professionelle Handeln von Hebammen in der Wochenbettbetreuung. Dieser Bereich stellt eine wichtige gesundheitliche Versorgungsleistung für Frauen und Familien beim Übergang zur Elternschaft dar. Trotz divergierender Voraussetzungen und Versorgungsstrukturen der Gesundheitssysteme anderer Länder konnten viele internationale Forschungsergebnisse zur beruflichen Handlungspraxis von Hebammen durch die vorliegende Studie bestätigt werden. Dies betrifft unter anderem den steigenden Anteil psychosozialer Unterstützung- und Beratungsleistungen sowie zentrale Betreuungskonzepte und Handlungsansätze. Zusätzlich konnten aufgrund eines im internationalen Vergleich einmalig langen Betreuungszeitraums, mit aufsuchender Versorgungsstruktur und autonomen Handlungsspielräumen der Hebammen neue Phänomene, wie beispielsweise der lebensweltliche

Bezug des Handlungsfeldes, die Stabilisierung gesunder Prozesse und wesentliche Aspekte der Zusammenarbeit und Vernetzung aufgezeigt werden.

Die Bedeutung der ambulanten Wochenbettbetreuung zeigt sich in der Fähigkeit der Hebammen, Frauen und ihre Familien in einem langen Betreuungszeitraum fallangemessen und ganzheitlich zu betreuen. Deutlich wird die Komplexität postpartaler häuslicher Betreuungssituationen sowie das Ausmaß der Verantwortung, die Hebammen für Mutter und Kind übernehmen. Mit der Analyse des Handlungsfeldes aus der Perspektive von Hebammen gelang es, Handlungsansätze und Entscheidungsmaxime direkt aus der Praxis zu erfassen. Das Hebammenhandeln präsentiert sich als ein Zusammenspiel von handlungsleitenden Sichtweisen, Handlungsgrundlagen und professionellen Handlungsdeterminanten. Neben konkreten Betreuungskonzepten konnten mit den vorliegenden Ergebnissen verschiedene Handlungsdeterminanten, wie die gesundheitliche Versorgung von Mutter und Kind, die Beziehungsgestaltung zwischen Frau und Hebamme, die intradisziplinäre Vernetzung sowie der Einbezug familialer Unterstützungsleistungen, analysiert werden. Aufgrund fehlender evidenzbasierter Expertenstandards oder Leitlinien gestalten Hebammen, Betreuungssituationen zwar regelgeleitet, aber dennoch individuell. Bei der Ausgestaltung individueller Betreuungskonzepte spielen persönliche Sichtweisen, Fähigkeiten sowie eigene Erfahrungen eine wesentliche Rolle.

Mit der Einordnung der Studie in die aktuelle professionstheoretische Diskussion ist es möglich, das professionelle Handeln der Hebammen aus einer übergeordneten Perspektive zu betrachten. Ein zentrales Ergebnis der vorliegenden Studie ist, dass professionelles Handeln in einem komplexen Handlungsfeld, wie die häusliche Wochenbettbetreuung, wenig standardisierbar ist und auf der individuellen Handlungskompetenz jeder einzelnen Hebamme beruht. Das Anforderungsprofil verlangt von den Hebammen eine fachlich breite Expertise. Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass die professionelle Gestaltung Hebammenkundlicher Handlungsprozesse im Sinne einer Praxis erfolgen sollte, die Wissen, Können und Reflexion bewusst verbindet und die Autonomie der Lebenspraxis der Frauen und Familien respektiert. Zukünftige Schwerpunkte einer hochschulischen Ausbildung sollten eine persönliche und praxisbezogene Reflexion unterstützen sowie beratende Anteile der Hebammenarbeit mit lebensweltlichem Bezug und den häuslichen Versorgungsbereich stärker integrieren. Wichtig ist auch, sich innerhalb der Berufsgruppe und mit angrenzenden Professionen über Arbeitsinhalte und Betreuungskonzepte zu verständigen. Ein klar definierter Versorgungsauftrag sowie

evidenzbasierte Leitlinien könnten die Hebammen unterstützen, ihre Ressourcen entsprechend einer bestmöglichen Versorgung von Frauen und ihren Familien zu nutzen. Vor dem Hintergrund des aufgezeigten Aufmerksamkeitsdefizits sowohl von der Praxis als auch von der Wissenschaft für den Bereich der Wochenbettbetreuung ist es notwendig die Anstrengungen in diesem Forschungsbereich zu erhöhen.

Literaturverzeichnis

- Abels, H. (2010). *Interaktion, Identität, Präsentation. Kleine Einführung in interpretative Theorien der Soziologie* (5. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ahrendt, C., Krauss-Lembcke, S., Luther, B. & Reutter, R. (2012). Erwartungen Wünsche an die Hebamme - Ergebnisse einer Umfrage unter jungen Müttern. *Die Hebamme*, 25 (04), 226-232.
- Albrecht, M., Loos, S., Sander, M., Schliwen, A. & Wolfschütz, A. (IGES Institut, Hrsg.). (2012). *Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*. Zugriff am 29.05.2017. Verfügbar unter http://www.iges.com/e6666/e6694/e6705/e12912/e12913/attr_objs12922/IGES_Institut_Gutachten_zur_Versorgungs_und_Verguetungssituation_in_der_auerklinischen_Hebammenhilfe_2012_ger.pdf
- Alderdice, F., McNeill, J. & Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 29 (4), 389-399.
- Amtsblatt der Europäischen Union. (2005). Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Zugriff am 16.08.2015. Verfügbar unter <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=DE>
- Arnold, R. (1985). *Deutungsmuster und pädagogisches Handeln in der Erwachsenenbildung: Aspekte einer Sozialpsychologie der Erwachsenenbildung und einer erwachsenenpädagogischen Handlungstheorie*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (2009). *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen* (Pflegebibliothek: Wittener Schriften, 2., völlig überarb. Aufl.). Hannover: Schlütersche.
- Baston, H. A. & Green, J. M. (2002). Community midwives' role perceptions. *British Journal of Midwifery*, 10 (1), 35-40.
- Bastos, M. H. & McCourt, C. (2010). Morbidity during the postnatal period: impact on women and society. In S. Byrom, G. Edwards & D. Bick (Hrsg.), *Essential Midwifery Practice - Postnatal Care* (S. 113-137). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Bauer, N. (2011). *Der Hebammenkreißsaal. Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt*. Göttingen: V & R unipress Universitätsverlag Osnabrück.
- Bauer, N. (2015). Qualifikationsziele für hochschulisch qualifizierte Hebammen bzw. Entbindungspfleger. Einführung. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Sciences)*, 3 (1), 8.
- Baxter, J. D., McCourt, C. & Jarrett, P. M. (2014). What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: a critical review of the literature. *Midwifery*, 30 (2), 194-219.

- Benner, P. (1997). *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Bern: Hans Huber.
- Berg, M. (2005). A midwifery model of care for childbearing women at high risk: genuine caring in caring for the genuine. *The Journal of perinatal education*, 14 (1), 9-21.
- Bergant, A. M., Ngyen, T., Heim, K., Ulmer, H. & Dapunt, O. (1998). Deutschsprachige Fassung und Validierung der 'Edinburgh postnatal depression scale'. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 123 (3), 35-40.
- Bick, D. (2003). Strategies to Reduce Postnatal Psychological Morbidity. The Role of Midwifery Services. *Disease Management and Health Outcomes*, 11 (1), 11-20.
- Bick, D. (2010). Contemporary Postnatal care in the Twenty-first Century. In S. Byrom, G. Edwards & D. Bick (Hrsg.), *Essential Midwifery Practice - Postnatal Care* (Essential midwifery practice, S. 27-48). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Bick, D. & Bastos, M. (2012). Optimising the Provision and Outcomes of the 'Cinderella' Service - Why We Need to Prioritise Post-natal Care. *European Obstetrics & Gynaecology Supplement*, 7 (1), 22-24.
- Bick, D., Marchant, S. & Newburn, M. (2009). Recognising life-threatening illness after childbirth: the importance of effective postnatal care. *MIDIRS Midwifery Digest*, 19 (3), 387-389.
- Bilek, K., Rothe, K., Ruckhäberle, K.-E. & Schlegel, L. (Hrsg.). (1985). *Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen*. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Biro, M. A. (2011). What has public health got to do with midwifery? Midwives' role in securing better health outcomes for mothers and babies. *Women and Birth*, 24 (1), 17-23.
- Biro, M. A., Waldenström, U., Brown, S. & Pannifex, J. (2003). Satisfaction with Team Midwifery Care for Low- and High-Risk Women: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, 30 (1), 1-10.
- Biro, M. A., Yelland, J., Sutherland, G. & Brown, S. (2012). Women's experience of domiciliary postnatal care in Victoria and South Australia: a population-based survey. *Australian Health Review*, 36 (4), 448-456.
- Blöchlinger, P., Kurth, E., Kammerer, M. & Frei, I. A. (2014). Was Wöchnerinnen wünschen: Eine qualitative Studie zur häuslichen Wochenbettbetreuung nach der Spitalentlassung durch frei praktizierende Hebammen. *Pflege*, 27 (2), 81-91.
- Bloomfield, L., Townsend, J. & Rogers, C. (2003). A qualitative study exploring junior paediatricians', midwives', GPs' and mothers' experiences and views of the examination of the newborn baby. *Midwifery*, 19, 37-45.
- Bluff, R. u. Cluett, E (Hrsg.). (2003). *Hebammenforschung und Anwendung*. Bern: Hans Huber.

- Blumer, H. (2013). *Symbolischer Interaktionismus. Aufsätze zu einer Wissenschaft der Interpretation* (Suhrkamp Taschenbücher Wissenschaft, Bd. 2069, 1. Aufl., [Originalausg.]. Berlin: Suhrkamp.
- BMFSFJ. (2005). *Gender Datenreport: Kommentierter Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland*, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Cornelißen, W. Zugriff am 16.05.2017. Verfügbar unter https://web.archive.org/web/20110523101352/http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/genderreport/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamt_dokument,property=pdf,bereich=genderreport,sprache=de,rwb=true.pdf
- BMFSFJ. (2009). *13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland* (Bundesministerium für Familie, Senioren & Frauen und Jugend, Hrsg.). Zugriff am 28.07.2015. Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=128950.html>
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren & Frauen und Jugend, Hrsg.). (2015). *Familienreport 2014. Leistungen, Wirkungen, Trends*. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/93784/e1e3be71bd501521ba2c2a3da2dca8bc/familienreport-2014-data.pdf>
- Bogossian, F. E. (2007). Social support: proposing a conceptual model for application to midwifery practice. *Women and Birth*, 20 (4), 169-173.
- Borg Cunen, N., McNeill, J. & Murray, K. (2014). A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. *Midwifery*, 30 (2), 170-184.
- Boubred, F., Herlenius, E., Andres, V., Des Robert, C. & Marchini, G. (2016). Morbidity neonatale precoce apres sortie de maternite. Etude comparative entre deux maternites a Stockholm et Marseille. *Archives de Pediatrie*, 23 (3), 234-240.
- Brake, A. & Büchner, P. (2007). Großeltern in Familien. In J. Ecarius (Hrsg.), *Handbuch Familie* (SpringerLink : Bücher, 1. Aufl., S. 199-219). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Breuer, F. (2010). *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis* (Lehrbuch, 2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brown, S. & Lumley, J. (1998). Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105 (2), 156-161.
- Brown, S. & Lumley, J. (2000). Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107 (10), 1194-1201.
- Brown, S. J., Davey, M.-A. & Bruinsma, F. J. (2005). Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery*, 21 (2), 109-126.

- Bryar, R. M. (2003). *Theorie und Hebammenpraxis* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Bull, J., McCormick, G., Swann, C. & Mulvihill, C. (2004). *Ante- and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews. Evidence briefing* (1. Aufl.) (Health Development Agency, Hrsg.), London: Health Development Agency. Zugriff am 03.08.2015.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (1981). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger. HebAPrV. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/hebapro/index.html>
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (1985). Hebammengesetz. HebG. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/hebg_1985/index.html
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (1988). Sozialgesetzbuch V § 24. SGBV. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf
- Burns, E., Fenwick, J., Schmied, V. & Sheehan, A. (2012). Reflexivity in midwifery research: the insider/outsider debate. *Midwifery*, 28 (1), 52-60.
- Burns, E., Fenwick, J., Sheehan, A. & Schmied, V. (2013). Mining for liquid gold: midwifery language and practices associated with early breastfeeding support. *Maternal & child nutrition*, 9 (1), 57-73.
- Büssing, A., Herbig, B. & Ewert, T. (2000). Intuition as implicate knowledge. *Pflege*, 13 (5), 291-296.
- Butterfield, Y., O'Connell, B. & Phillips, D. (2007). Peripartum urinary incontinence: A study of midwives' knowledge and practices. *Women and Birth*, 20, 65-69.
- Byrom, S., Edwards, G. & Bick, D. (Hrsg.). (2010). *Essential Midwifery Practice - Postnatal Care*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Cantrill, R. M., Creedy, D. K. & Cooke, M. (2003a). An Australian study of midwives' breast-feeding knowledge. *Midwifery*, 19 (4), 310-317.
- Cantrill, R. M., Creedy, D. K. & Cooke, M. (2003b). How midwives learn about breast-feeding. *Australian Midwifery*, 16 (2), 11-16.
- CASP International Network (CASP UK, Hrsg.). (2006). *Critical Appraisal Skills Programme. Making sense of evidence*. Zugriff am 26.06.2015. Verfügbar unter <http://www.casp-uk.net/>
- Cattrell, R., Lavender, T., Wallymahmed, A., Kingdon, C. & Riley, J. (2005). Postnatal care: what matters to midwives. *British Journal of Midwifery*, 13 (4), 206-213.
- Cierpka, M., Stasch, M. & Groß, S. (2007). *Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland* (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.) (Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung Nr. 34). Köln: BZgA Köln.

- Cignacco, E. (Hrsg.). (2006). *Hebammenarbeit. Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Coad, J. & Dunstall, M. (Hrsg.). (2007). *Anatomie und Physiologie für die Geburtshilfe* (1. Aufl.). München: Elsevier.
- Collatz, J. (2008). Müttergesundheit und Familienmedizin - vernachlässigt und notwendiger denn je. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt* (S. 135-154). Frankfurt, M.: Mabuse-Verl.
- Coughlan, M., Cronin, P. & Ryan, F. (2007). Step by-step guide to critiquing research. Part 1: quantitative research. *British Joornal of Nursing*, 16 (11).
- Coughlan, M., Ryan, F. & Cronin, P. (2013). *Doing a literature review in nursing, health and social care*. Los Angeles: SAGE.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatrie*, 150 (6), 782-786.
- Darmann, I. (2004). Problemorientiertes Lernen - Transfer durch die Erweiterung von Situationsdeutungen. *Printernet*, 6 (9), 461-467.
- Datar, A. & Sood, N. (2006). Impact of postpartum hospital-stay legislation on newborn length of stay, readmission, and mortality in California. *Pediatrics*, 118 (1), 63-72.
- Dennis, C.-L. & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2).
- Denzin, N. (2000). Symbolischer Interaktionismus. In U. Flick, E. v. Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 136-149). Reinbek: Rowohlt.
- Deutsche Gesellschaft für Soziologie. (2014). *Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS)*. Zugriff am 07.08.2016. Verfügbar unter <http://www.soziologie.de/de/die-dgs/ethik/ethik-kodex.html>
- Deutscher Hebammenverband. (2011a). *Hebammenausbildung an die Hochschule. Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Deutschen Hebammenverband e. V.* (DHV e.V., Hrsg.). Zugriff am 10.07.2015.
- Deutscher Hebammenverband (DHV e.V., Hrsg.). (2011b). *Hintergrundinformationen zu den einzelnen Forderungen des Deutschen Hebammenverbandes e. V.* Zugriff am 25.07.2015. Verfügbar unter http://hebammenverband-hamburg.de/uf/Hintergrundinformationen_zu_den_Forderungen_des_DHV.pdf?PHPSESSID=f747d9376f964887ffc2243a7d4f55cd

- Deutscher Hebammenverband (DHV e.V., Hrsg.). (2013a). *5000 Hebammen mit zertifizierbarem Qualitätsmanagement-System. Online Meldung*. Zugriff am 09.08.2015. Verfügbar unter <https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2013/08/09/artikel/5000-hebammen-mit-zertifizierbarem-qualitaetsmanagement-system/>
- Deutscher Hebammenverband (DHV e.V., Hrsg.). (2013b). *Ergebnisse aus der bundesweiten Befragung von Frauen zur Hebammenbetreuung im Wochenbett*. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter <https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2013/08/14/artikel/frauen-mit-hebammenbetreuung-im-wochenbett-zufrieden/>
- Deutscher Hebammenverband (DHV e.V., Hrsg.). (2015). *Standpunkt des Deutschen Hebammenverband e. V. zur Hebammenausbildung auf Hochschulebene*. Zugriff am 16.05.2017. Verfügbar unter https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1502793936&hash=ce4015cfe359d5acc0947250901da5c92313f385&file=fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/2015-5_Positionspapier_Systemwechsel_Hochschulebene_final.pdf
- Deutscher Hebammenverband (DHV e.V., Hrsg.). (2016). *Fortbildungspflichten der Länder im Wortlaut*. Zugriff am 29.07.2016. Verfügbar unter <https://www.hebammenverband.de/fortbildung/fortbildungspflichten/>
- Dewe, B., Ferchhoff, W., Scherr, A. & Stüwe, G. (2011). *Professionelles soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis* (4. Aufl). Weinheim: Juventa.
- Dixon, L. (2006). Supporting women becoming mothers. In S. Pairman, J. Pincombe, C. Thorogood & S. Tracy (Hrsg.), *Midwifery. Preparation for practice* (S. 455-468). Sydney: Churchill Livingstone Elsevier.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Hrsg.). (2015). *Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards*, Hochschule Osnabrück. Zugriff am 17.04.2017. Verfügbar unter <https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2015.pdf>
- Dunkelberg, S. (2005). Wie gut ist eine qualitative Studie? 10 hilfreiche Fragen für den Leser von Aufsätzen. *Zeitschrift für Allgemein Medizin*, 81, 248-252.
- Dykes, F. (2005). A critical ethnographic study of encounters between midwives and breast-feeding women in postnatal wards in England. *Midwifery*, 21 (3), 241-252.
- Edelmann, L. (2002). Hürden und Hemmnisse in der Wochenbettbetreuung. *Deutsche Hebammenzeitschrift* (6), 17-20.
- Eickhorst, A., Schreier, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Renner, I. et al. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59 (10), 1271-1280.

- Ellberg, L., Högberg, U., Lundman, B., Kallen, K., Hakansson, S. & Lindh, V. (2008). Maternity care options influence readmission of newborns. *Acta Paediatrica*, 97 (5), 579-583.
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. et al. (Hrsg.). (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (Oxford medical publications, 3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Entringer, S., Buss, C. & Heim, C. (2016). Frühe Stresserfahrungen und Krankheitsvulnerabilität. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59 (10), 1255-1261.
- Europäisches Parlament, Rat der Europäischen Union. (2013). Richtlinie 2013/55/EU zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. 2013/55/EU. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=DE>
- European Midwives Association. (2010). *EMA Postnatal care survey. Unveröffentlichte Bestandsaufnahme zur Wochenbettbetreuung in Europa.*
- European Research Area. (2008). *European Policy Brief. Immer unterwegs: Das Mobilitäts-Dilemma. Politisch relevante Ergebnisse der Studie „JobMob and FamLives“ (Job Mobilities and Family Lives in Europe), ein aus EU-Mitteln gefördertes Forschungsprojekt.* Zugriff am 22.01.2017. Verfügbar unter http://www.jobmob-and-famlives.eu/SharedDocs/Publikationen/jobmob/EN/Download/JobMob_Policy_Brief_German.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Fahey, J. O. & Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of Women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion modell. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58 (6), 613-621.
- Farquhar, M., Camilleri-Ferrante, C. & Todd, C. (2000). Continuity of care in maternity services: women's views of one team midwifery scheme. *Midwifery*, 16 (1), 35-47.
- Fenwick, J., Butt, J., Dhaliwal, S., Hauck, Y. & Schmied, V. (2010). Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women and Birth*, 23 (1), 10-21.
- Fichtmüller, F. & Walter, A. (2007). *Pflegen lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns.* Göttingen: V & R Unipress.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (Rowohlt's Enzyklopädie, Bd. 55694, vollst. überarb. und erw. Neuausg. 2007, 4. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U., Kardoff, E. v. & Steinke, I. (2000). Theorien qualitativer Sozialforschung. In U. Flick, E. v. Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 106-109). Reinbek: Rowohlt.

- Flick, U., Walter, U., Fischer, C., Neuber, A. & Schwartz, F. W. (2004). *Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften* (1. Aufl.). Bern [u.a.]: Huber.
- Friedrich, J. (2011). Laktation und Stillen. In U. Harder (Hrsg.), *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (3., überarb. Aufl., S. 73-96). Stuttgart: Hippokrates-Verl.
- Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft* (Bd. 2). Göttingen: V & R Unipress [u.a.].
- Fröhlich-Gildhoff, K., Nentwig-Gesemann, I. & Pietsch, S. (Deutsches Jugendinstitut e.V., Hrsg.). (2011). *Kompetenzorientierung in der Qualifizierung frühpädagogischer Fachkräfte. Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)*. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter http://www.weiterbildungsinitiative.de/uploads/media/WiFF_Expertise_Nr_19_Froehlich_Gildhoff_ua_Internet__PDF.pdf
- Fthenakis, W. E., Kalicki, B. & Peitz, G. (2002). *Paare werden Eltern. Die Ergebnisse der LBS-Familien-Studie* (Buchreihe der LBS-Initiative Junge Familie). Opladen: Leske + Budrich. Zugriff am 11.05.2017. Verfügbar unter http://www.pedocs.de/frontdoor.php?source_opus=2089
- Furber, C. M. & Thomson, A. M. (2008). Breastfeeding practice in the UK: midwives' perspectives. *Maternal & child nutrition*, 4 (1), 44-54.
- Fuß, S. & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung* (UTB, 4185 : Sozialwissenschaften). Opladen [u.a.]: Budrich.
- Garz, D. & Raven, U. (2015). *Theorie der Lebenspraxis. Einführung in das Werk Ulrich Oevermanns* (SpringerLink : Bücher). Wiesbaden: Springer VS.
- Geist, C. (2013). Physiologische Veränderungen im Wochenbett. In A. Stiefel, C. Geist & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5., überarb. und erw. Aufl., S. 504-519). Stuttgart: Hippokrates.
- Gesundheitsberichterstattung (RKI und DESTATIS, Hrsg.). (2015). *Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 für die häufigsten Diagnosen, Alter: unter 1 Jahr*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Zugriff am 21.12.2016. Verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de/>
- Gibb, S. & Hundley, V. (2007). What psychosocial well-being in the postnatal period means to midwives. *Midwifery*, 23 (4), 413-424.
- GKV Spitzenverband. (2015). Leistungsbeschreibung zum Vertrag über Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. Zugriff am 17.05.2017. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen/hebammenhilfevertrag/hebammenhilfevertrag.jsp
- Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Gloger-Tippelt, G. (2007). Familiengründung und Übergang zur Elternschaft. In M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (Handbuch der Psychologie, Bd. 7, S. 511-521). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Green, J. M., Renfrew, M. J. & Curtis, P. A. (2000). Continuity of carer. What matters to women? A review of the evidence. *Midwifery*, 16 (3), 186-196.
- Grieshop, M. (2013). *Gesundheitsverhalten von Müttern nach der Geburt, Eine quantitative Studie zur Gesundheitsförderung durch Hebammen*. Dissertation, Universität Osnabrück. Osnabrück.
- Grieshop, M., Hellmers, C. & Sayn-Wittgenstein, F. (2013). Gesundheit von Müttern im Wochenbett. Große Erschöpfung. *Deutsche Hebammenzeitschrift* (1), 17-21.
- Grylka-Baeschlin, S., van Teijlingen, E. & Gross, M. M. (2014). Cultural differences in postnatal quality of life among German-speaking women - a prospective survey in two countries. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 277.
- Guilliland, K. & Pairman, S. (2010). *The Midwifery Partnership: A Model for Practice* (2nd). Wellington: New Zealand College of Midwives.
- Gunn, J., Hegarty, K., Nagle, C., Forster, D., Brown, S. & Lumley, J. (2006). Putting Woman-Centered Care into Practice: A New (ANew) Approach to Psychosocial Risk Assessment During Pregnancy. *Birth*, 33 (1), 46-55.
- Hall, R. T., Simon, S. & Smith, M. T. (2000). Readmission of Breastfed Infants in the First 2 Weeks of Life. *Journal of Perinatology*, 20 (7), 432-437.
- Hall Moran, V., Dykes, F., Burt, S. & Shuck, C. (2006). Breastfeeding support for adolescent mothers: similarities and differences in the approach of midwives and qualified breastfeeding supporters. *International Breastfeeding Journal*, 23 (1), 1-11.
- Halldorsdottir, S. & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (4), 806-817.
- Hammerschlag, S., Langstein, L. & Ostermann (Hrsg.). (1928). *Hebammenlehrbuch* (5. Aufl.). Berlin: Julius Springer.
- Hannan, J. (2014). Newborn Morbidities and Health Charges: The first eight weeks. *Pediatric Nursing*, 40 (3), 121-126.
- Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka, M. T. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of clinical nursing*, 17, 1132-1143.
- Haran, C., van Driel, M., Mitchell, B. L. & Brodribb, W. E. (2014). Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care-a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 51.
- Harder, U. (2011). Die Bedeutung des Wochenbetts. In U. Harder (Hrsg.), *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (3., überarb. Aufl., S. 2-7). Stuttgart: Hippokrates.

- Hasseler, M. (2002). *Ganzheitliche Wochenpflege? Eine Evaluation verschiedener stationärer Betreuungsformen in der postpartalen Phase* (Reihe Pflegewissenschaft). Bern: Huber.
- Hauck, Y. L., Kelly, G., Dragovic, M., Butt, J., Whittaker, P. & Badcock, J. C. (2015). Australian midwives knowledge, attitude and perceived learning needs around perinatal mental health. *Midwifery*, 31 (1), 247-255.
- Hédervári-Heller, É. (2005). Seelische Gesundheit von Kindern in den ersten Lebensjahren in Deutschland. *Frühe Kindheit*, 8 (6), 22-25.
- Helffferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helffferich, C. (2015). *Auswertung qualitativer Interviews. Osnabrücker Methodenschule 2015*. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter http://www.kompetenzen-im-hochschulsektor.de/Dateien/Methodenschule_2015.pdf
- Hellmers, C. (2005). *Geburtsmodus und Wohlbefinden. Eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden unter besonderer Berücksichtigung des (Wunsch) Kaiserschnittes*. Aachen: Shaker.
- Hellmers, C. & Bauer, N. (2014). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zu den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Sciences)*, 02 (01), 17-20.
- Hermansson, H. & Martensson, L. M. (2011). Empowerment in the midwifery context - a concept analysis. *Midwifery*, 27 (6), 811-816.
- Hesse, H. (1968). *Berufe im Wandel: Ein Beitrag zum Problem der Professionalisierung*. Stuttgart: Enke.
- Hülsken-Giesler, M. (2008). *Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik* (Pflegewissenschaft und Pflegebildung, Bd. 3). Göttingen: V & R Unipress.
- Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20 (3), 261-272.
- Hurrelmann, K. (2010). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (Grundlagentexte Soziologie, 7. Aufl.). Weinheim: Juventa-Verl.
- International Confederation of Midwives. (2010). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Zugriff am 28.07.2015. Verfügbar unter <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

- Jirojwong, S., Rossi, D., Walker, S. & Ritchie, B. (2005). What were the outcomes of home follow-up visits after postpartum hospital discharge? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23 (1), 22-30.
- Jomeen, J. (2004). The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8 (3), 143-155.
- Jomeen, J., Spiteri, C., Draper, J. & Martin, C. (2014). *Exploring the relationship between postpartum physical recovery and wellbeing*, Malta. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter http://www.um.edu.mt/_data/assets/pdf_file/0020/221294/Final_Draft_Programme_34th_Annual_SRIP_Conference_programme_update_7_September2014_-_1.pdf
- Jones, C., Creedy, D. & Gamble, J. (2011). Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: a national survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56 (4), 353-361.
- Jones, C., Creedy, D. & Gamble, J. (2012a). Australian midwives' attitudes towards care for women with emotional distress. *Midwifery*, 28 (2), 216-221.
- Jones, C., Creedy, D. & Gamble, J. (2012b). Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. *Women and Birth*, 25, 23-28.
- Kennedy, H. P. (2000). A model of exemplary midwifery practice: results of a Delphi study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45 (1), 4-19.
- Klitzing, K. v., Dohnert, M., Kroll, M. & Grube, M. (2015). Mental Disorders in Early Childhood. *Deutsches Ärzteblatt international*, 112 (21-22), 375-86.
- Köster, H. (2004). Definitionen. In I. Edenhofer (Hrsg.), *Das Neugeborene in der Hebammenpraxis. 20 Tabellen* (BDH-Expertinnenwissen, S. 129). Stuttgart: Hippokrates-Verl.
- Kruse, J. (2011). *Einführung in die Qualitative Interviewforschung*. Reader, Freiburg.
- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz* (Grundlagentexte Methoden). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (3., akt. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kümper, J. & Lange, U. (2014). Datenschutz in der qualitativen Forschung - Besonderheiten für die Hebammenwissenschaft. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. Journal of Midwifery Sciences.*, 02 (Suppl. 01), 7-8.
- Kurth, E., Kennedy, H. P., Spichiger, E., Hösli, I. & Zemp Stutz, E. (2011). Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery*, 27, 187-194.

- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (5., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Landesrecht Berlin HebBo. (2010). Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger. HebBO. Zugriff am 16.10.2017. Verfügbar unter <http://gesetze.berlin.de/jportal/?quelle=jlink&query=HebBerO+BE&psml=bsbeprod.psml&max=true>
- Lange, U. (2015). *Chronische Erkrankung und Geburt - Erleben und Bewältigungshandeln betroffener Mütter*. unveröffentlichte Dissertation, Universität Witten Herdecke. Witten.
- Lange, U., Schnepf, W. & Sayn-Wittgenstein, F. z. (2015). Die Sicht von Schwangeren mit chronischer Erkrankung auf die Versorgung durch Hebammen, Ärztinnen und Ärzte. *QuPuG - Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft*, 2 (2), 136-144.
- Larkin, V. (2014). An exploration of midwives' experiences and practice in relation to their assessment of maternal postnatal genital tract health. *Midwifery*, 30 (1), 72-81.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen. Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29 (4), 246-262.
- Lavender, T., Bennett, N., Blundell, J. & Malpass, L. (2002). Midwives' views on redefining midwifery 4: general views. *British Journal of Midwifery*, 10 (2), 72-77.
- Lavender, T. & Walkinshaw, S. A. (1998). Can Midwives Reduce Postpartum Psychological Morbidity? A Randomized Trial. *Birth*, 25 (4), 215-219.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G. & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of clinical nursing*, 21 (3-4), 388-397.
- Leap, N. & Pairman, S. (2006). Working in partnership. In S. Pairman, J. Pincombe, C. Thorogood & S. Tracy (Hrsg.), *Midwifery. Preparation for practice* (S. 258-270). Sydney: Churchill Livingstone Elsevier.
- Lees, S. (2009). Professionals' knowledge of perinatal mental health care. *Mental Health Practice*, 13 (4), 24-27.
- Lindner, U. (2004). *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich* (Veröffentlichungen des Deutschen Historischen Instituts London Publications of the German Historical Institute London, v. 57). München: Oldenbourg.
- Lisner, W. (2006). *Hüterinnen der Nation. Hebammen im Nationalsozialismus*. Frankfurt: Campus.
- Liu, S., Wen, S., McMillan, D., Trouton, K., Fowler, D. & McCourt, C. (2000). Increased Neonatal Readmission Rate Associated with Decreased Length of Hospital Stay at Birth in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 91 (1), 46-50.

- Lohmann, I. (2002). 100 Jahre Wochenbett in medizinischen Lehrbüchern. *Deutsche Hebammenzeitschrift* (6), 12-15.
- Loos, S. (IGES Institut GmbH, Hrsg.). (2015). *Hebammenversorgung in Thüringen. Gutachten zur Versorgungs- und Bedarfssituation mit Hebammenleistungen sowie über die Einkommens- und Arbeitssituation von Hebammen in Thüringen*. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter https://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheit/gutachten_hebammenversorgung_in_thueringen.pdf
- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2004). *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews* (Lehrbuch, 2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- MacArthur, C., Winter, H., Bick, D., Lilford, R., Lancashire, R. J., Knowles, H. et al. (2003). Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. *Health Technology Assessment*, 7 (37), 1-98.
- MacArthur, C., Winter, H. R., Bick, D. E., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C. et al. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 359 (9304), 378-385.
- MacKenzie Bryers, H. & van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models. A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26 (5), 488-496.
- Manning, V. (2006). Health promotion in midwifery training. In J. Bowden, V. Manning & H. Crafter (Hrsg.), *Health promotion in midwifery. Principles and practice* (2nd ed., S. 89-97). London: Hodder Arnold.
- Manthey, S. (1977). *Geburt und Wochenbett im Krankenhaus. Geschichte, Praxis heute, Alternativen. Eine Untersuchung des Wandels der geburtshilflichen Ordnung in Deutschland und seine Bedeutung für die Beziehung von Mutter-Vater-Kind*. Hamburg: Selbstverlag (Examensarbeit Soziologie).
- Marchant, S. (2010). The history of postnatal care, National and International Perspectives. In S. Byrom, G. Edwards & D. Bick (Hrsg.), *Essential Midwifery Practice - Postnatal Care* (S. 1-26). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Marotzki, U. (2006). *Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung. Eine Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie* (Wissenschaftliche Schriften. Reihe 7, Beiträge zur Psychologie, 1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Marsh, J. & Sargent, E. (1991). Factors affecting the duration of postnatal visits. *Midwifery*, 7 (4), 177-182.
- Martin, A., Horowitz, C., Balbierz, A. & Howell, E. A. (2014). Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Maternal and child health journal*, 18 (3), 707-713.

- Mattern, E. & Lange, U. (2012). Die Rolle der Familienhebammen im System der Frühen Hilfen. *Frühe Kindheit, 14* (Sonderausgabe), 66-75.
- Mattern, E. & Stenz, G. (2006). Bis zur achten Woche! *Deutsche Hebammenzeitschrift* (8), 6-10.
- McCauley, K., Elsom, S., Muir-Cochrane, E. & Lyneham, J. (2011). Midwives and assessment of perinatal mental health. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 18* (9), 786-795.
- McDonald, S. J., Henderson, J. J., Faulkner, S., Evans, S. F. & Hagan, R. (2010). Effect of an extended midwifery postnatal support programme on the duration of breast feeding: A randomised controlled trial. *Midwifery, 26* (1), 88-100.
- McInnes, R. J. & Chambers, J. A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing, 62* (4), 407-427.
- McLachlan, H., Forster, D., Collins, R., Gunn, J. & Hegarty, K. (2011). Identifying and supporting women with psychosocial issues during the postnatal period: evaluating an educational intervention for midwives using a before-and-after survey. *Midwifery, 27* (5), 723-730.
- McLelland, G., Hall, H., Gilmour, C. & Cant, R. (2015). Support needs of breastfeeding women: views of Australian midwives and health nurses. *Midwifery, 31* (1), e1-6.
- Mistry, R. D., Cho, C. S., Bilker, W. B., Brousseau, D. C. & Alessandrini, E. A. (2006). Categorizing urgency of infant emergency department visits: agreement between criteria. *Academic Emergency Medicine, 13* (12), 1304-1311.
- Moers, M. & Schaeffer, D. (2011). Pflgetheorien. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (Neuausg, S. 37-66). Weinheim: Juventa.
- Morrow, J., McLachlan, H., Forster, D., Davey, M.-A. & Newton, M. (2013). Redesigning postnatal care: exploring the views and experiences of midwives. *Midwifery, 29* (2), 159-166.
- Morse, J. M. (1998). The contracted relationship: ensuring protection of anonymity and confidentiality. *Qualitative health research, 8* (3), 301-303.
- Muckel, P. (1996). Selbstreflexivität und Subjektivität im Forschungsprozess. In F. Breuer (Hrsg.), *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendung eines Forschungsstils* (S. 61-78). Wiesbaden: Springer.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Hrsg.). (2006). *Postnatal care up to 8 weeks after birth. NICE CG37* (2. Aufl.). Zugriff am 08.08.2016. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/postnatal-care-up-to-8-weeks-after-birth-975391596997>

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Hrsg.). (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. Zugriff am 04.07.2016. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-35109869806789>
- Neuhauser, H. & Poethko-Müller, C. (2014). Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57 (7), 779-788.
- Niessen, K., Werner-Bierwisch, T., Metzing, S. & Sayn-Wittgenstein, F. z. (2017). Mutterschaft ab 35 Jahren. Das Altersrisiko in der Wahrnehmung von Frauen – eine Literaturstudie. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 221 (3), 111-121.
- Nursing & Midwifery Council (NMC, Hrsg.). (2012). *Midwives rules and standards 2012*. Zugriff am 16.05.2017. Verfügbar unter <https://www.plss.org.uk/dev1/Support/Documents/nmc/Midwives-Rules-and-Standards-2012.pdf>
- Ochsenstein-Nick, J. (2006). Alte Idee - neu erfunden. *Deutsche Hebammenzeitschrift* (8), 30.
- OECD. (2016). *Health data. Length of hospital stay (indicator)*. Zugriff am 04.08.2016. Verfügbar unter doi: 10.1787/8dda6b7a-en
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 1230, 1. Aufl., S. 70-182). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Oevermann, U. (2009). Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In R. Becker-Lenz (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (2. Aufl., S. 119-147). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft.
- Oevermann, U. (2013). »Compliance« und die Strukturlogik des Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient. In D. Nittel & A. Seltrecht (Hrsg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive, mit Online-Material für Fachleute* (Springer Medizin, S. 501-521). Berlin: Springer.
- Olsson, A., Robertson, E., Falk, K. & Nissen, E. (2011). Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery*, 27 (2), 195-202.
- Pehlke-Milde, J. (2012). Qualitative Methoden in der Hebammenforschung: Exemplarische Darstellung des Experteninterviews zur Analyse beruflicher Anforderungen. *Die Hebamme* (03), 206-210.
- Peuckert, R. (2012). *Familienformen im sozialen Wandel* (8. Auflage). Wiesbaden: Springer VS.

- Pfeifer, W. (1997). *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen* (2. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Pott, E., Fillinger, U. & Paul, M. (2010). Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53 (11), 1166-1172.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2009). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (2., korrigierte Aufl.). München: Oldenbourg.
- Psaila, K., Kruske, S., Fowler, C., Homer, C. & Schmied, V. (2014). Smoothing out the transition of care between maternity and child and family health services: perspectives of child and family health nurses and midwives. *BMC pregnancy and childbirth*, 14 (151).
- Pschyrembel, W. (2007). *Pschyrembel® Klinisches Wörterbuch* (261., neu bearb. und erw. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Pschyrembel, W. & Dudenhausen, J. W. (Hrsg.). (1986). *Praktische Geburtshilfe. mit geburtshilflichen Operationen* (15., neubearbeitete Aufl.). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- QUAG e.V. (2016). *Qualitätsbericht 2015. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*, Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. Zugriff am 03.02.2017. Verfügbar unter http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2015.pdf
- Rankin, J. (2005). The Puerperium. In D. Stables & J. Rankin (Hrsg.), *Physiology in childbearing. With anatomy and related biosciences* (2nd Edition, S. 711-721). Edinburgh: Elsevier.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O. & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27 (2), 237-242.
- Richens, Y. (2007). Implementing the NICE guideline on postnatal care. *British Journal of Midwifery*, 15 (7), 412-417.
- Robert Koch Institut (Robert Koch Institut, Hrsg.). (2010). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE_DownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch Institut (Hrsg.). (2014). *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Wichtige Ergebnisse der ersten Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*. Zugriff am 13.12.2016. Verfügbar unter http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/KiGGS1_Zusammenfassung_20140623.pdf
- Rogers, C., Bloomfield, L. & Townsend, J. (2003). A qualitative study exploring midwives' perceptions and views of extending their role to the examination of the newborn baby. *Midwifery*, 19 (1), 55-62.

- Salis, B. (2004). Das Wochenbett: gestern, heute - und morgen? *Hebammenforum*, 5 (3), 152-156.
- Saurel-Cubizolles, M., Romito, P., Lelong, N. & Ancel, P. (2000). Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107 (10), 1202-1209.
- Sayn-Wittgenstein, F. z. (Hrsg.). (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland* (Geburtshilfe, 1. Aufl.). Bern: Huber.
- Sayn-Wittgenstein, F. z. & Bauer, N. (2007). *Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal*. Unveröffentlichter Abschlussbericht (Verbund Hebammenforschung, Hrsg.). Hochschule Osnabrück.
- Sayn-Wittgenstein, F. z. & Schäfers, R. (Verbund Hebammenforschung, Hrsg.). (2009). *Neue Perspektiven entwickeln - Hebammen stellen ihre Arbeit dar. Ergebnisse einer Bestandsaufnahme durch Hebammen in Niedersachsen 2007*. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter https://www.hebammenforschung.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Hebammenforschung/Ergebnisse_Bestandsaufnahme.pdf
- Schäfers, R. (2010). *Gesundheitsförderung durch Hebammen. Fürsorge und Prävention rund um Mutterschutz und Geburt*. Stuttgart: Schattauer.
- Schäfers, R. (2011). *Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes. Self-rated health (SRH) and health-related quality of life (HRQoL) in women after childbirth*. Münster: MV-Wissenschaft.
- Schlack, H. G. (2013). Sozialer Status, Gesundheit und Entwicklung von Kindern. *Kinderärztliche Praxis*, 84 (2), 79-85.
- Schmied, V. & Bick, D. (2014). Postnatal care - current issues and future challenges. *Midwifery*, 30 (6), 571-574.
- Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M.-P., Matthey, S., Kemp, L. et al. (2013). Maternal mental health in Australia and New Zealand: a review of longitudinal studies. *Women and Birth*, 26 (3), 167-178.
- Schneider, N. F. (2005). Einführung - Mobilität und Familie: wie Globalisierung die Menschen bewegt. *Zeitschrift für Familienforschung*, 17 (2), 90-95.
- Schnell, M. W. & Heinritz, C. (2006). *Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch mit Beispielen für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft* (Pflegeforschung, 1. Aufl.). Bern: Huber.
- Schnepp, W. (2006). Im Angesicht des Anderen: "Schützen müssen". Antrittsvorlesung am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahе Pflege, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke. *Pflege & Gesellschaft*, 11 (1), 61-76.
- Schubert, F.-C. (2014). Psychosoziale Beratung und Lebensführung - ein transaktionales Verständnis von (reflexiver) Beratung. *Journal für Psychologie*, 22 (2), 157-177.

- Schumann, M. (2006). Westdeutsche Hebammen zwischen Hausgeburtshilfe und klinischer Geburtsmedizin (1945-1989). In Bund Deutscher Hebammen e.V. (Hrsg.), *Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen* (S. 113-172). Karlsruhe: Bund Deutscher Hebammen.
- Schumann, M. (2009). Ausgegrenzt und neu entdeckt. *Hebammenforum*, 10 (6), 454-457.
- Schumann, M. (2015). Hebammenberuf im Wandel seit 1950. *Hebammenforum*, 16 (7), 660-661.
- Schwarz, C. (2009). "...dass jemand kommt und sagt, dass alles okay ist". *Hebammenforum*, 10 (10), 804-809.
- Schwarz, C. (2010). "...da wär ich teilweise gar nicht mehr zurecht gekommen". *Hebammenforum*, 11 (1), 11-15.
- Schytt, E., Lindmark, G. & Waldenström, U. (2005). Physical symptoms after childbirth: prevalence and association with self-rated health. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112 (2), 210-217.
- Scott, P., Taylor, A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M. et al. (2003). Autonomy, privacy and informed consent 2: postnatal perspective. *British Journal of Nursing*, 12 (2).
- Seefat-van Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M. & Korstjens, I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*, 27 (1), e122-e127.
- Shaw, E., Levitt, C., Wong, S. & Kaczorowski, J. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 33 (3), 210-220.
- Shaya, M., Käppeli, S. & Schnepf, W. (2013). Aus der Praxis in die Praxis zurück: Zwischenverpflegung Theorieentwicklung. Von der Studie zur Theorie. Die Theorieentwicklung in der Pflegewissenschaft illustriert am Beispiel „Omnipräsenz von Krebs“. *Pflegewissenschaft*, 15 (7), 389-400.
- Simmons, V. (2002). Exploring inconsistent breastfeeding advice: 2. *British Journal of Midwifery*, 10 (10), 616-619.
- Simon, S., Schnepf, W. & Sayn-Wittgenstein, F. z. (2017). Die berufliche Praxis von Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung. Eine Literaturanalyse. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 221 (1), 12-24.
- Smythe, E., Payne, D., Wilson, S., Paddy, A. & Heard, K. (2014). Revealing tact within postnatal care. *Qualitative health research*, 24 (2), 163-171.
- Somm, I. (2001). Eine machtanalytische Revision von Oevermanns Professionalisierungstheorie aus sozialpädagogischer Perspektive. *Zeitschrift für Pädagogik*, 47 (5), 675-691.

- Staehelin, K., Kurth, E., Schindler, C., Schmid, M. & Zemp Stutz, E. (2013). Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care - results from a nested case-control study. *Swiss medical weekly*, 143: w13862.
- Stahl, K. (Hebammenverband Hamburg e.V. & Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für gesundheitsförderung e.V., Hrsg.). (2007). *Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen in Hamburg durch freiberufliche Hebammen. Ergebnisbericht*. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter <http://docplayer.org/13865828-Versorgung-von-schwangeren-gebaerenden-und-woechnerinnen-in-hamburg-durch-freiberufliche-hebammen-ergebnisbericht-februar-2007-katja-stahl.html>
- Statistisches Bundesamt (Destatis, Hrsg.). (2014). *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern - Fachserie 12 Reihe 6.4 - 2013*. Zugriff am 02.07.2015. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/FallpauschalenKrankenhaus2120640137004?__blob=publicationFile#SEARCH=%22Geburt%202013%20verweildauer%22
- Statistisches Bundesamt (Destatis, Hrsg.). (2015a). *Diagnosedaten Patienten und Patientinnen im Krankenhaus*. Zugriff am 16.05.2017. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus.html>
- Statistisches Bundesamt (Destatis, Hrsg.). (2015b). *Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12. 6.1.1*. Zugriff am 16.05.2017. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html;jsessionid=0DFB20F1098BACA91FEC2A0DAABF93D2.cae4>
- Statistisches Bundesamt (Destatis, Hrsg.). (2016a). *Veränderung der Zahl der Lebendgeborenen zum jeweiligen Vorjahr*. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebendgeboreneDifferenz.html;jsessionid=BB6FD88D72DD4CCC4FC16F0FA4B344C9.cae2>
- Statistisches Bundesamt. (2016b) (Pressemitteilung Nr. 373). Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/>
- Steele, A.-M. & Beadle, M. (2003). A survey of postnatal debriefing. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (2), 130-136.
- Steinke, I. (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. v. Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 319-331). Reinbek: Rowohlt.
- Stenz, G. (2010). Qualitätssiegel Wochenbettbetreuung: Planen, handeln, messen und verbessern. *Deutsche Hebammenzeitschrift* (3), 26-28.
- Steudter, E. & Bischofberger, I. (2011). Schmerzerfassung - Instrumente und ihr Nutzen in der Pflege. In B. Reuschenbach, C. Mahler & E. Ahlsdorf (Hrsg.), *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis* (Programmbereich Pflege, 1. Aufl., S. 417-439). Bern: H. Huber.

- Stewart, C. & Henshaw, C. (2002). Midwives and perinatal mental health. *British Journal of Midwifery*, 10 (2), 117-121.
- Szász, N. (2006). "Den zukünftigen Hebammen die Wege ebnen" - die Gründung der Hebammenverbände (1855-1933). In Bund Deutscher Hebammen e.V. (Hrsg.), *Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen* (S. 9-42). Karlsruhe: Bund Deutscher Hebammen.
- Szász, N., Stiefel, A. & Tschernko, M. (2013). Geschichte des Hebammenberufs. In A. Stiefel, C. Geist & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5., überarb. und erw. Aufl., S. 2-15). Stuttgart: Hippokrates.
- Tebbe, B., Terluin, B. & Koelewijn, J. M. (2013). Assessing psychological health in midwifery practice: a validation study of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), a Dutch primary care instrument. *Midwifery*, 29 (6), 608-615.
- Thole, W. (2003). "Wir lassen uns unsere Weltsicht nicht verwirren". Rekonstruktive, qualitative Sozialforschung und Soziale Arbeit - Reflexionen über eine ambivalente Beziehung. In C. Schweppe (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik* (Lehrtexte : Sozialpädagogik, S. 43-65). Opladen: Leske und Budrich.
- Thompson, J. E., Oakley, D., Burke, M. & Conkill, M. (1989). Theory building in nurse-midwifery. The care process. *Journal of Nurse-Midwifery*, 34 (3), 120-130.
- Thompson, J. F., Roberts, C. L., Curri, M. & Ellwood, D. (2002). Prevalence and persistence of health problems after childbirth. Association with parity and method of birth. *Birth*, 29 (2), 83-94.
- Tiedemann, K. (2006). Professionalisierung unter dem Zeichen von Hammer und Zirkel (1945-1989). In Bund Deutscher Hebammen e.V. (Hrsg.), *Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen* (S. 79-112). Karlsruhe: Bund Deutscher Hebammen.
- Tiedemann, K. & Huhn, I. (2006). Reichshebammengesetz 1938. In Bund Deutscher Hebammen e.V. (Hrsg.), *Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen* (S. 58-78). Karlsruhe: Bund Deutscher Hebammen.
- Walker, L. & Wilging, S. (2000). Rediscovering the "M" in "MCH": Maternal Health Promotion After Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 29, 229-236.
- Walsh, D. (2010). Revisiting a social model for antenatal and postnatal care. *British Journal of Midwifery*, 18 (5), 278.
- Walsh, D. & Newburn, M. (2002). Towards a social model of childbirth: part two. *British Journal of Midwifery*, 10 (9), 540-544.
- Walsh, D. & Steen, M. (2007). The role of the midwife: time for a review. *Midwives*, 10 (7), 320-323.

- Webb, D. A., Bloch, J. R., Coyne, J. C., Chung, E. K., Bennett, I. M. & Culhane Flatow, J. (2008). Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional well-being. *Birth*, 35 (3), 179-187.
- WHO. (1999a). *Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept ,Gesundheit für alle' für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe Nr. 6.*, Kopenhagen.
- WHO (Safe Motherhood Unit, Hrsg.). (1999b). *Postpartum care of the Mother and Newborn: A practical guide*. 4. Zugriff am 31.05.2017. Verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66439/1/WHO_RHT_MSM_98.3.pdf
- WHO. (2013). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Zugriff am 05.08.2016. Verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf
- Wirtz, M. & Strohmmer, J. (Hrsg.). (2014). *Lexikon der Psychologie* (17. vollst. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Wolf, K. (Research Gate, Hrsg.). (2014). *Soziale Arbeit als Kontrolle? Dirty Work oder Kontrolle als Ressource? Zum Profil einer sozialpädagogisch legitimierten Kontrolle*. Zugriff am 23.03.2017. Verfügbar unter <https://www.researchgate.net/publication/242539781>
- Woolhouse, H., Gartland, D., Perlen, S., Donath, S. & Brown, S. (2014). Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*, 30 (3), 378-384.
- World Health Organization Technical Working Group. (1999). Postpartum Care of the Mother and Newborn: A Practical Guide. *Birth*, 26 (4), 255-258.
- Wray, J. (2006). Seeking to explore what matters to women about postnatal care. *British Journal of Midwifery*, 14 (5).
- Yelland, J. (2010a). Women's and Midwives' Views of Early Postnatal Care. In S. Byrom, G. Edwards & D. Bick (Hrsg.), *Essential Midwifery Practice - Postnatal Care* (Essential midwifery practice, S. 49-69). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Yelland, J. (2010b). Women's and Midwives' Views of Early Postnatal Care. In S. Byrom, G. Edwards & D. Bick (Hrsg.), *Essential Midwifery Practice - Postnatal Care* (S. 49-69). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Yelland, J., McLachlan, H., Forster, D., Rayner, J. & Lumley, J. (2007). How is maternal psychosocial health assessed and promoted in the early postnatal period? Findings from a review of hospital postnatal care in Victoria, Australia. *Midwifery*, 23 (3), 287-297.
- Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S. & Mori, R. (2013). Schedules for home visits in the early postpartum period. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7, CD009326.
- Zoege, M. (2004). *Die Professionalisierung des Hebammenberufes. Anforderungen an die Ausbildung*. Bern: Huber.

- Zurhorst, G. (1998). Die Theorie der Lebenswelt als Grundlage psychosozialer Beratung. *Journal für Psychologie*, 6 (3), 53-58. Zugriff am 18.05.2017. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-28845>

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere an Eides statt, dass ich die zur Erlangung des Doktorgrades vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema

„Die ambulante Wochenbettbetreuung. Eine qualitative Studie zum Professionellen Handeln von Hebammen“

selbst und ohne fremde Hilfe angefertigt und die in der Arbeit verwendete Literatur vollständig zitiert habe.

Ich habe diese Dissertation weder in dieser noch in einer ähnlichen Form an keiner anderen Hochschule eingereicht.

Berlin, 18.10.2017

Susanne Simon

Danksagung

Die Dissertation wurde im Rahmen der Graduiertenförderung im Forschungsschwerpunkt *Versorgung während der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett - Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung - IsQua* der Hochschule Osnabrück in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke erstellt und mit Landesmitteln des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur sowie Mitteln der Hochschule Osnabrück gefördert. Ich danke allen, die durch ihre Unterstützung am Zustandekommen dieser Arbeit beteiligt waren.

Mein ganz besonders herzlicher Dank gilt Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein und Prof. Dr. Wilfried Schnepf für die wissenschaftliche und methodische Unterstützung während der gesamten Bearbeitungsphase meiner Dissertation. Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein danke ich zudem dafür, dass sie mir den Zugang in die Forschung und Hochschullehre ermöglicht und meinen Blick für die Hebammenwissenschaft geschärft hat.

Ich danke meiner Doktoranden-Peergroup Prof. Dr. Nina Knape, Astrid Krahle, Prof. Dr. Ute Lange sowie Martina Schlüter-Cruse, die mich in unterschiedlichen Phasen begleitet und mir immer inspirierende Denkanstöße gaben. Ute Lange bin ich besonders dankbar für ihre Motivation mit der Arbeit zu beginnen, für viele wertvolle Gedankenaustausche und ihre kontinuierliche Unterstützung in all den Jahren.

Ein weiterer Dank geht an meine Kolleginnen im Verbund Hebammenforschung an der Hochschule Osnabrück, mit denen ich mich jederzeit über meine Forschungsfragen austauschen konnte. Wichtig war für mich auch die Möglichkeit der Reflexion und der Dateninterpretation mit den Doktorandinnen im Forschungskolleg *Familie I* unter der Leitung von Dr. Charlotte Ullrich sowie mit Teilnehmerinnen des Doktorandenkollegs der Universität Witten/Herdecke. Dr. Marion Schumann danke ich für ihre Beratung hinsichtlich historischer Fragen.

Großen Dank schulde ich allen Hebammen für ihre Bereitschaft, an einem Interview teilzunehmen. Ohne ihre Expertise und die Möglichkeit, Einblicke in die berufliche Praxis zu nehmen, wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen. Mein Dank gilt außerdem der *Hebammengemeinschaftshilfe e.V.* für die Unterstützung.

Last but not least danke ich meiner Familie, besonders meinem Bruder und vielen Freunden für ihre Nachsicht aber auch für ihre Aufmunterungen zur rechten Zeit. Ein

ganz besonderer Dank geht an meine Eltern für ihre umfassende Unterstützung. Mein innigster Dank gilt meinem Mann, der immer alles möglich gemacht hat, damit ich diese Arbeit vollenden konnte.